Recommendations for a Telephone Health Education and Triage / Advisory Service

Final Report to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care
Produced by : Telehealth Task Force

October 1999

Foreword

This Report to the Ministry of Health and Long-Term Care on Recommendations for a Telephone Health Education and Triage/ Advisory Service has been developed by the Telehealth Task Force. The Task Force was comprised of key health professionals who contributed significant expertise and knowledge relevant to telehealth services. The recommendations listed in this report reflect the deliberations of the Task Force as a whole and are not intended to represent the position or interests of the associations or organizations with which members are affiliated.

Table of Contents

- **Executive Summary**
- **Recommendations**
- **Objectives of a Telehealth Service**
- **Principles for a Telehealth Service**
- **Summary of Discussion on Components of a Telehealth Service**
- **Summary of Discussion on Standards Required for a Telehealth Service**
- **Selection Criteria for Decision Support Software**
- **Appendix I** - List of Task Force Members
- **Appendix II** - Telehealth Task Force Terms of Reference
- **Appendix III** - Definitions
- **Appendix IV** - Address for the American Accreditation Healthcare Commission/URAC
  24-Hour Telephone Triage and Health Information Standards
- **Appendix V** - College of Nurses of Ontario
  Telephone Nursing Practice: Standards for Nurses in Ontario

- **Appendix VI** - Address for the American Academy of Ambulatory Care Nursing Telephone Nursing Practice Administration and Practice Standards

- **Appendix VII** - 1-800 Telephone Health Services - Components, Criteria and Standards: A Resource Bibliography

---

EXECUTIVE SUMMARY

Background

In November, 1998, the Ministry of Health * established a Telehealth Task Force to advise on policies required for the implementation and operation of an effective, provincial, telehealth education and triage/advisory service. In particular, the Task Force was asked to provide recommendations for components of the service, criteria for the selection of decision support software used by the nurses delivering the service, and standards that the service should meet.

The Task Force was comprised of 20 individuals representing a broad range of health professions and interests, e.g., community health centres, mental health, clinical evaluative sciences and existing telehealth services, and was chaired by the Ministry of Health. Apart from those individuals who represented their respective professional colleges, members were selected for their specific knowledge and expertise, and not as representatives of the organizations or associations with which they are affiliated.

(EDITORIAL NOTE :
* Ministry of Health was renamed mid-1999 to Ministry of Health and Long-Term Care)

Telehealth Services

Telephone health services have been shown to be an efficient and effective way of supplying health information to consumers, often without requiring a visit to the health care provider, and are becoming increasingly popular in many jurisdictions in North America and elsewhere. Many types of health information can be provided over the telephone, for example information focused on specific topics such as AIDS, poison control and eating disorders, as well as more general health information and education. Telephone triage services provide advice to help callers decide whether to administer self care, see a physician or other community health service provider, or go to an emergency room. They have been successfully implemented in New Brunswick and Quebec, are being piloted in British Columbia, and are presently being considered by the Ontario Ministry of Health.

The benefits resulting from a toll-free telehealth service would include improved public access to the most appropriate health service; improved public access to health information to facilitate decision making and improved public satisfaction with health services. It would also be reasonable to expect that telephone triage services would lead to more appropriate use of emergency departments.

Nurses providing triage services follow protocols or algorithms (defined in **Appendix III**), decision support software consisting of automated checklists of clinical guidelines, to help callers make their decisions. The nurses are guided by the decision support software, but should have the flexibility to use clinical judgement, where appropriate. An educational component can be incorporated into a telehealth service by encouraging nurse interaction with callers and/or use of audio-taped educational materials. Where telephone information and triage services are being established, opportunities may exist to provide a disease prevention and management component through the same staff and facilities.

Recommendation Development

The Task Force held seven meetings between November, 1998 and February, 1999, and developed 63 recommendations for a telehealth service. A number of these recommendations were based on the standards and experience of telehealth services in other jurisdictions. The recommendations are intended to guide the government in its deliberations on implementation of provincial telehealth services and will also be a useful reference for other telehealth projects.

The first issue to be addressed by the Task Force was the components that would be needed to deliver a telehealth service providing health education, triage and advisory services. The discussion focussed on the selection of information/educational tools, access and language; and general issues around personnel, decision support software and call management. Confidentiality and service evaluation were also discussed.

The development of standards for a telehealth service followed much the same direction as the discussion on components, but was focused on standards already in use in other jurisdictions and those currently under development by the College of Nurses of Ontario. This section of the report is organized according to structure, process and outcomes.

Criteria for the selection of the decision support software (i.e., protocols or algorithms) that would be used to guide nurses delivering the telephone triage service has been dealt with in a different format. The Task Force developed a list of questions that prospective vendors would be expected to answer. The questions were designed to be open-ended to elicit detailed, informative responses while avoiding being overly prescriptive.

RECOMMENDATIONS

The Telehealth Task Force makes the following recommendations for a Telehealth Education and Triage/Advisory Service:

INFORMATION/EDUCATIONAL SERVICE ISSUES

1. A new information and educational service shall be co-ordinated with existing local and provincial services, and have referral processes to specialized services.

2. Information and education services shall be provided using a communications framework that includes all vehicles (e.g., handbooks, tapes, newsletters, websites) available. Selection of the most appropriate tools shall be based on the most useful, practical and cost effective format for the type of information being provided and the population being served. The library of health information and education tapes shall be comprehensive and up-to-date. Automated systems shall be selected from those already proven in other jurisdictions, compatible with other components of the service (e.g., triage software) and other existing services, and shall be reviewed regularly.

3. Callers seeking health information (not triage) would be transferred to an automated library of tapes. Automated information systems shall offer callers the option of speaking to an individual if the information on the tapes has not adequately addressed their questions.

4. Telephone access to the service shall be available to all residents of Ontario, even when outside the Province. The volume of calls received from non-residents should be monitored so that action can be taken if volumes become unacceptable or other issues arise.

5. Provisions shall be made to ensure that callers with rotary phones have full access to any automated systems.

6. Services shall be provided in the two official languages at the outset, with a view to expanding to more languages over time.

7. Disease prevention and management services, if provided, shall be consistent with the principles for a telehealth service.

8. Where private sector partnerships are considered, care shall be taken to avoid conflict of interest situations and ethical issues related to the endorsement of products. All aspects of disease management, for example diet and exercise, shall also be addressed.

TRIAGE SERVICE ISSUES

Provincial Advisory Committee

9. There shall be one independent advisory committee for the province, to provide advice to the Ministry of Health on standards, business, ethics, quality assurance, funding, technical and scientific issues, and service evaluation. Individual call centres (if there is to be more than one call centre) could have sub-committees to advise on local issues.

10. The provincial advisory committee shall have balanced representation from nurses, physicians and other health professionals representing a broad range of healthcare interests, e.g., mental health, social work and consumers, as well as individuals with business, ethics, technical and quality assurance expertise. Members shall provide regional and community representation.

11. The provincial advisory committee shall develop criteria to ensure the appropriateness of community resources to which callers may be referred (e.g., recognized provincial services).

12. The provincial advisory committee shall have access to all aggregate call centre information and policies. **Further review of existing services has indicated that the provincial advisory committee may also need access to individual case data for complaint resolution or other process issues.**

13. The provincial advisory committee shall be involved, in an advisory capacity, in the process for issuing a request for proposals for a telephone health education and triage/advisory service, but shall not participate in the selection of a vendor or service supplier.

14. The provincial advisory committee shall be independent of any telehealth service, funded directly by government and shall have dedicated funding and staff support.

Site Administration

15. If there is more than one call centre, each call centre shall have its own administrative structure to manage operational and administrative issues.

16. Where there is more than one call centre, governance structures may vary and could be freestanding, institutionally- or community-based. Governance structures of call centres shall be funded directly by, and accountable to, the Ministry of Health. Funding shall not be part of a global budget where service is provided by a broader health enterprise (e.g., a hospital).

Professional Issues

17. The triage service shall have a medical advisor to provide a medical overview and advice as needed.

18. The triage service shall have an appropriately qualified nursing advisor to provide nursing support and advice to the service.

19. The telehealth service shall have physician support for functions such as decision support software review and service evaluation. Decisions related to individual callers shall be made by

the triage nurse.

20. The first point of contact with the triage service, and the professional doing triage, shall be a registered nurse, specially trained in telephone triage and preferably with emergency room or community experience. Telephone practice nurses shall possess highly developed communication and interpersonal skills.

21. Telephone practice nurses shall demonstrate the knowledge and skills necessary to provide safe and effective telephone nursing care and service, and shall use the nursing process as a framework to determine and provide the delivery of health care through telephone encounters with patients and their families.

22. Health professionals shall meet the standards of their respective professional colleges in Ontario. Nurses providing telephone triage shall be registered nurses in good standing with the College of Nurses of Ontario.

23. When conducting telephone triage, nurses shall follow the steps in the decision support software, but shall have the latitude to exercise clinical judgement.

24. All clinical and non-clinical staff shall have written job descriptions, qualifications and performance evaluations. The service shall have a process to verify and re-verify licences/certification, as applicable, of all clinical staff.

25. Each call centre shall have written organizational charts showing accountability and lines of communication for all positions in the service.

Accessibility/Call Management

26. The triage service shall aim to be available in as many different languages as possible and shall begin with English and French, at a minimum, to meet statutory requirements. Provisions shall be made to access any language, through telephone translation services or through individual translators at remote sites.

27. Cultural differences shall be accommodated where possible (although these may be difficult to identify over the telephone)

28. The triage service shall refer the caller to a physician, community health nurse, social worker, information line, emergency room or other services, as appropriate.

29. Linkages should be examined between emergency rooms and the telephone triage service, so that callers and non-urgent visitors to emergency rooms are referred to the toll-free number.

30. Where calls cannot be answered immediately by a registered nurse, it would be preferable to have other trained support staff answer the call, rather than provide the caller with an automated message.

31. Calls shall be managed as follows :

- the average speed of answer by a live person shall be 30 seconds or less;
- Where calls are not answered directly by triage nurses, transfer to a triage nurse shall occur within 30 seconds;
- eighty five per cent of all calls shall be answered within 100 seconds;
- when call volumes are heavy and callers choose to leave a message, the call shall be returned by a triage nurse within an average of 30 minutes;
- the rate of abandoned calls or blocking (busy signals) shall not exceed 5-10 %;
- when callers cannot access a live person within the prescribed times, a recorded message

shall instruct the caller to either hang up and call "911" or local emergency services, if the situation is perceived by the caller to be an emergency. Instructions to callers who do not perceive the situation to be an emergency shall be to remain in a telephone waiting queue for a triage nurse or leave a message for a triage nurse.

Documentation

32. Information collected during a triage call shall be appropriate to that necessary for the service provided.

33. The telephone triage service shall have written policies and procedures that include: the documentation of calls, anonymous callers, abuse situations and interruption or discontinuation of service due to internal or external factors (e.g., telephone problems, weather conditions).

34. Documentation of calls shall be done electronically, with provision for manual documentation in the event of system malfunction. It may be useful to have the caller's number displayed in the event of crisis or to be able to note the exchange from which the call is made.

35. Situations where the triage nurse deviates from the decision support software shall be documented, including any advice or information provided and the reasons for the deviation.

Confidentiality

36. All calls shall be treated as confidential. Callers shall have the option of remaining anonymous and shall be advised if there might be third party monitoring of calls for quality assurance or evaluation purposes. Consent for disclosure shall be obtained prior to feedback to the primary care provider or for other purposes.

37. All records containing personal information shall be kept secure.

38. Information shall be used solely for the purposes of performing clinical activities or the administration of the telehealth service.

39. Information shall only be shared with those entities or individuals external to the organization who contractually or statutorily have authority to receive such information or who are otherwise specifically authorized; and, shared only with clinical staff and non-clinical staff within the organization who need access to implement the activities listed above.

Monitoring and Evaluation

40. Ongoing, transparent, internal and external, third party quantitative and qualitative evaluation shall be built-in to the service and phased in over time. A continuous quality improvement program shall be implemented.

41. Evaluation of the service shall include: outcomes; consumer, employee and physician satisfaction; access improvements; emergency room use for specific, deferrable, non-urgent events; review of advice given to callers; and, callers' compliance with recommendations. Deviation from advice contained in the software shall be evaluated.

42. Information that shall be documented for internal evaluation purposes includes :

- objectives and approaches used in the monitoring and evaluation of clinical activities (including documenting, investigating and maintaining complaint records to identify patterns or trends);
- implementation of action plans to improve or correct identified problems;
- mechanisms to communicate resulting action plans to clinical and non-clinical staff; and,
- development of an annual quality improvement plan.

43. The review, evaluation and update of decision support software shall be undertaken and documented at least annually. Actively practicing physicians, telephone practice nurses and other health care providers with current knowledge relevant to the decision support software shall be involved in these processes.

44. Regulatory bodies shall be asked to contribute to the evaluation of the service.

45. The contract with the service provider shall include a continuous quality improvement program. Outcomes should meet contractual obligations.

46. Where monitoring of staff is undertaken, the process shall be transparent and staff must be advised that they will be monitored and what process will be used.

47. Telehealth nursing practice leaders shall participate in quality improvement programs and identify and apply current telephone nursing practice benchmarks to organizational goals and expectations.

48. There shall be a mechanism and process to continuously monitor, measure and review, at least monthly, all incoming triage and health information calls, including at least: average blockage (busy signal) rates, length of time for first call resolution, average speed of answer by a live person; and, average abandonment rate.

49. Ongoing objective and systematic monitoring of the triage and health information quality management program shall be documented, and written procedures and policies shall be updated and evaluated at least annually.

Selection of Decision Support Software

50. The decision support software used to conduct telephone triage shall be :

- evidence based and clinically validated;
- compatible with Canadian medical practice protocols and provincial protocols and guidelines;
- clinically applicable for use in Ontario;
- comprehensive in topics and content, with no gaps in information;
- based on a philosophy of self care and education;
- consistent, so that the same end point is reached when followed by different users in different locations;
- flexible enough to enable the nurse to use professional judgement when providing triage and advice;
- able to document where advice given differs from that of the software ;
- already proven elsewhere and adapted to the Canadian context;
- able to link with specialized services such as poison control;
- continually maintained and updated; and
- expandable to cover topics such as mental health, disease management.

51. Software used shall have the ability to aggregate data and to search by selected criteria.

52. Routine reports generated by the software shall be limited to the information necessary for monitoring and evaluation.

53. Software shall be compatible with commonly used, standard, systems.

54. The software vendor shall estimate expected system downtime through examples of systems that are currently in operation.

55. The vendor must be able to demonstrate ongoing product development work to ensure that the system is state-of-the-art.

56. The vendor shall have a training program to educate staff about the decision support software.

57. The vendor shall ensure that purchase, lease or contractual use of the software shall include ownership of all data collected and generated by the service and the right to use or publish results of evaluation and research.

58. Provisions shall be made to incorporate any proposed revisions to the software that arise from reviews by the purchaser/lessor.

59. Where functions are subcontracted, the contractor shall have a written contract with the subcontractor(s), ensuring that all performance standards are met and documenting lines of accountability.

Cross System Compatibility

60. Electronic interfaces shall be compatible throughout the service and service provision shall be standardized from one area to the next.

61. The service shall be designed to be coordinated with existing local services and other health lines such as quot;911", poison control, local emergency rooms and educational facilities.

Liability

62. The vendor shall ensure that the service maintains appropriate insurance for professional liability and for errors and omissions.

63. The registered nurses providing the service shall hold their own professional liability coverage.

▲ TOP

OBJECTIVES

Telehealth Service Objectives

Telephone education and triage services can be implemented to serve a number of purposes, for example to encourage increased self care, to manage the public demand for services or to provide health information. The type of service implemented will depend on the objectives and desired outcomes. The Telehealth Task Force was asked to base its discussions on the implementation of a province-wide, 24 hour, telehealth education and triage/advisory service that would meet the following objectives :

- improve public access to the most appropriate health service;
- improve public access to health information in order to facilitate consumer health education and decision making;
- improve public satisfaction with the quality of and access to health information and appropriate health services; and
- make more appropriate use of emergency services.

▲ TOP

PRINCIPLES

The Telehealth Task Force identified the following principles to guide its discussions on the development of a telehealth service and also to advise the government on principles relating to the implementation of the service.

1. **A telehealth education and triage/advisory service must be publicly funded and accessible to all residents of Ontario.**

2. **A telehealth education and triage/advisory service must not restrict consumer choice regarding which service they may access.**

3. **A telehealth education and triage/advisory service must be available for consumers to use on a voluntary rather than a mandatory basis.**

4. **A telehealth education and triage/advisory service must be inclusive of physicians and nurses and others as appropriate, in all aspects of program planning, delivery and evaluation in Ontario.**

5. **A telehealth education and triage/advisory service must adhere to clear standards and accountability.**

6. **A telehealth education and triage/advisory service must be efficient and must contribute to the sustainability and integration of the healthcare system.**

7. **An open and transparent process must be used when selecting the provider(s) of a telehealth education and triage/advisory service.**

8. **Call centres for a telehealth education and triage/advisory service must be located in Ontario.**

▲ TOP

SUMMARY OF DISCUSSION ON COMPONENTS

The following summary represents the outcome of discussions held at Task Force meetings.

The first task of the Telehealth Task Force was to discuss the components that would be needed to deliver a toll-free education and triage/advisory service. The Task Force was asked to identify the individual components that would make up the service and to discuss the issues that should be addressed.

A telehealth line can be comprised of any or all of the following services :

- Health Information/Education;
- Triage; and/or
- Disease Management.

For each of the above services, the Task Force identified components and discussed associated issues. A number of issues were common to all services, such as the goal of making the service available in a number of different languages and the importance of ongoing evaluation of the services. For any service to be effective, sufficient outreach activities must be undertaken to ensure that the public knows what services are available, when to access them and how to access them.

Information/education Service Components and Issues

There are a number of ways through which health information and education can be provided. These

include live interaction with a health professional through the toll-free number, an automated library of tapes accessed through the toll-free number, healthcare handbooks, newsletters on selected topics, television, a website, fax on demand and use of community agencies and resources.

Healthcare handbooks generally provide guidance on steps that individuals can take to administer self care at home, and advise on when a visit to a physician would be appropriate. For example, these are an integral component of a telehealth pilot project in British Columbia, which is focused on self care. Automated library tape services provide dial-in access to information on a wide variety of health topics, but are not directly accessible by rotary phone. Newsletters are useful when there is a need to continually send out specific information to a target group of the population. Web sites can be used to provide information to those with access to the internet, and could supplement other means of communication on health issues.

It was determined that it was not necessary to undertake a cost benefit analysis regarding impacts on the health care system, since the primary focus of the service is improved public access and there was little experience in Canadian jurisdictions on which to base the analysis. It was recognized that it is important for any call centre to establish referral processes to local and specialized services as well as to explore common evaluation issues.

Selection of information/educational components - Information and education services should be provided using the most appropriate tools available. Selection of the preferred means should be based on the most useful, practical and cost effective format for the type of information being provided and the population being served. In some cases, it may be more appropriate to use print media such as newsletters to target a particular audience, such as seniors who should be considering flu shots.

The Task Force recognized that there may be an expectation that someone will be available to answer callers' questions, and that where automated information is provided over the telephone, i.e., by an automated library or specific taped messages, callers should have the option of speaking to an individual if the automated information has not sufficiently addressed their questions. If tapes are used they must be comprehensive and up-to-date. Automated systems should be selected from those already proven in other jurisdictions, compatible with other components of the service, (e.g., triage software) and other existing services, and must be reviewed regularly.

It is important to ensure that all educational components and triage software are compatible with each other.

Access and Languages - Callers could potentially access the information library by dialling directly or via the nurse on the triage line. It was thought that telephone access should be available to all residents of Ontario, even when outside the Province. Members discussed the possibility of non-residents of Ontario using the service. Although it was thought that the volume of such calls would initially be low, it was suggested that procedures be put in place to monitor calls from non-residents, so that action could be taken to restrict calls to Ontario residents, if warranted.

In rural areas, access and privacy may be unavoidably compromised where telephone service is shared with others through party lines. However, where party lines exist, privacy issues should not pose a liability for the provider of the service, since the consumer initiates the call and thereby assumes this risk. Provisions should be made to ensure that callers with rotary phones have full access to any automated systems that may be established.

Services should be provided in the two official languages at the outset, with a view to expanding to more languages over time.

Triage Service Components

A triage service would be made up of a number of components. Personnel at one or more call centres within the Province would provide triage and advice to callers, through the use of decision support software (clinical protocols or algorithms). Where appropriate, the triage nurse should refer the caller

to a community health nurse, social worker, information line or other services. The overall service would need medical advice as well as administrative and management structures.

Triage Service Issues

Personnel - It was agreed that the first point of contact with the service and the professional doing triage should be a registered nurse, specially trained in telephone triage and preferably with emergency room or community experience. Members noted that since there is no face-to-face interaction with telephone triage, nurses would also require highly developed communication and interpersonal skills. The nurse would follow the protocols but should also have the latitude to exercise clinical judgement.

There was much discussion over whether nurses should have the option of calling back the patient as a follow-up measure. It was agreed that calling back should not be a routine function and that provincial guidelines would be needed to determine when a call back would be appropriate, based on the College of Nurses of Ontario's standards of practice.

The service should have a medical advisor to provide medical overview and advice as needed. In addition, each call centre should have its own administrative structure to manage operational and administrative issues.

The Task Force determined that the service should be supported by a provincial, independent advisory committee comprised of medical, nursing and other health professionals with expertise in relevant areas. The advisory committee would report to the Ministry of Health and participate in discussions regarding standards, evaluation, and service improvements, among others.

Decision Support Software (Protocols and Algorithms) - Protocols or algorithms (which are essentially decision support software) must be compatible with Canadian medical practice protocols and other relevant provincial standards. They must be comprehensive in topics and content, with no gaps in information. Consistency is very important and protocols must reach the same end point when followed by different users in different locations, although protocols must also be flexible enough to enable the nurse to use professional judgment when providing triage and advice. Although one common system would be easier to maintain, more than one set of protocols could be used provided that they reach reasonably consistent outcomes. It is important to use protocols that have already been proven elsewhere, and to have these adapted to the Ontario context. Maintenance and updating should be an ongoing practice.

Call Management - The service should be available in as many different languages as possible, although it may be necessary to start with French and English. Provisions should be made to link with a language line, when necessary. Consideration should also be given to providing other languages that are not available on the language line from a remote site, with appropriately qualified and trained staff, possibly even someone's house. Cultural differences should be accommodated, where possible, although these may be difficult to identify over the telephone.

Basic information must be recorded consistently and could include: topic, age and gender of caller, who provided information, information or advice requested, information or advice provided, exchange/community of call, time of day, duration, response time and language. The identification or health card number of the caller would be useful information for system monitoring and evaluation, but should be optional at the caller's discretion. Gathering and recording this information, however, must not impede the caller's access to triage.

The caller should be asked to repeat the advice given to ensure that it has been understood. This should serve as an evaluation of the immediate effectiveness of the service provided.

In many cases, it would be appropriate to refer the caller to other resources in the community or other types of services. It may be difficult to identify what services are available locally, since there is no single source of this information. Members suggested that criteria would be needed to screen organizations to which callers may be referred, to ensure their legitimacy. It would also be important

to know where there are gaps in services and to identify alternatives. A community resource data base would be very useful for this purpose, and it was thought that the advisory committee may be able to provide screening criteria for such a data base.

Confidentiality - All calls must be treated as confidential and data collected must be kept secure. Callers must have the option of remaining anonymous if they wish and must be advised if there might be third party monitoring of calls for evaluation purposes. Where consent for disclosure is to be obtained, it may be necessary to have the caller state a waiver.

Feedback of key information to the primary care provider was initially considered by some to be important (provided prior consent is obtained from the caller). However, in later discussions many members felt that this may **not** be desirable from a physician or a patient perspective, and that it is not essential to the concept of an education and triage service. Collection of call/caller information would also be important to developing a complete health record and is essential as we move towards integrated systems. This would be more applicable to an option where there is a case management component.

Evaluation - It was agreed that pilot testing of a telehealth triage advisory service would not be necessary, since similar services are known to work very well in other jurisdictions. However, the service could be phased in with evaluation that could inform further stages of implementation.

The service should have an ongoing, quantitative and qualitative evaluation process that is transparent, built-in to the service, and phased in over time. As part of this evaluation, a continuous quality improvement program should be implemented. Evaluations should be conducted internally, as well as by a third party, and a commitment to change in response to evaluation results should be included in the contract with the service provider.

Clinical, financial and system outcomes, consumer satisfaction, access improvements, reduction in emergency room use for non-life threatening events, and review of the advice given to callers should all be included in the evaluation. Where advice differs from that contained in the protocol used, it would be necessary to document why that approach was taken. The software should have the capability to record reasons for deviation from the protocols and where it is necessary to switch from one protocol to another. Measuring callers' compliance with recommendations could facilitate optimization of the service and may lead to improved ability to ensure intended outcomes.

Regulatory bodies will be asked to contribute to the evaluation of the service, since personnel would have to meet the standards of practice of the relevant regulatory body.

Call centres generally experience peak times. Continuous quality improvement, in-service education, paperwork and other similar tasks could be completed during off-peak hours.

DISEASE PREVENTION AND MANAGEMENT

A call centre could also play an important role in disease prevention and management. Optional services could include disease management for conditions such as asthma, diabetes and hypertension; disease prevention such as referrals for flu shots or mammograms; and even research such as clinical trial follow-up. These could be provided by the public sector alone or in partnership with private sector parties.

There was concern that these services could potentially overlap with other public health services and that particular care would have to be taken to ensure service augmentation, rather than duplication, especially with provision of primary care services. It was thought that these types of services could also be beneficial to areas without particular services and those with special populations. Any services provided should be consistent with the stated principles for a telehealth service.

There was some discussion that health promotion outreach services could be provided in the off-peak periods experienced by the triage service. It was generally thought that this would probably need to be a separate service and a full time commitment, to avoid the potential for conflicting resource needs

between the two services. It was noted that excess capacity should not be deliberately built-in to the design of the service. Disease prevention and management services should be appropriately planned and could be phased in where needed first.

It was recognized that there could be the potential for partnerships that could generate revenues that would help to offset the costs of the infrastructure. Where private sector partnerships are considered, care should be taken to avoid conflict of interest situations and ethical issues related to endorsement of products. All aspects of disease management and health promotion, for example diet and exercise, could be addressed.

Further concerns included widespread unsolicited calls which could be bothersome to consumers and that calls to individuals on party lines could pose privacy issues.

SUMMARY OF DISCUSSION ON STANDARDS

The quality and effectiveness of a telehealth service will, in part, be determined by the standards that are used in the contract with the service provider. It is therefore important to identify and set standards that are clear, achievable and comprehensive. The Task Force discussed a broad range of items for which standards would be required. These have been assigned under the headings of Structure, Process and Outcomes.

Since there are numerous telephone triage services already operational in other jurisdictions, the Task Force was able to refer to existing standards as a basis for its discussions and compare them to what might be appropriate in the Ontario context. The most comprehensive set of standards available to the Task Force was obtained from the American Accreditation Healthcare Commission/URAC (URAC), which has recently developed accreditation standards for 24-Hour Telephone Triage and Health Information (**Appendix IV**). At least four services have received URAC accreditation and many more have applications underway.

In addition to using the URAC standards, the Task Force referred to the College of Nurses of Ontario's (CNO) consultation paper on Telephone Nursing Practice: Standards for Nurses in Ontario (**Appendix V**) and the American Academy of Ambulatory Care Nursing's (AAACN) Telephone Nursing Practice Administration and Practice Standards (see address in **Appendix VI**). Since the call centre(s) providing the telehealth service would be located in Ontario, it is assumed that nurses providing the service must meet all CNO standards.

Although technical standards are considered to be beyond the scope of the Task Force, it was recognized that these requirements would need to be developed before the service could be implemented. Some Task Force members felt that there should be some opportunity for Task Force involvement when technical standards are being developed.

STRUCTURE

Advisory Committee

Many existing telephone health information and triage services are guided by an advisory committee comprised of health professionals with expertise in relevant areas. It was considered important, therefore, to discuss the potential role and function of an advisory committee in the Ontario setting, and whether one would be needed to advise on a province-wide service, or each call centre (if it is determined that there will be multiple call centres) should have its own advisory committee.

Members agreed that there should be just one advisory committee to the province, rather than one for each call centre, and that sub-committees could be struck to address specific needs as they arise. It was noted, however, that regional services could also have advisory committees to assist and advise on local issues.

Task Force discussions on possible roles and functions reached the conclusion that a provincial advisory committee would play an important role in providing advice to the Ministry of Health on standards, quality assurance, funding, ethical, technical and scientific issues and service evaluation. It was agreed that the above would comprise the primary functions of the advisory committee and that governance and service delivery would be more appropriately provided by another body(s).

The advisory committee could be involved in the Request for Proposals process for the service, but would not participate in the selection of a vendor.

Members noted that the advisory committee should be independent and should be directly funded by the government. The advisory committee should have dedicated funding and staff support, so that it would not be inadvertently affected by changes in funding or resources for any other body.

Members proposed that the advisory committee should have balanced representation from nurses, physicians and other professionals representing a broad range of healthcare interests, e.g., mental health, social work and consumers, as well as individuals with technical and quality assurance expertise. It was thought that the vendor(s) of the service should sit on the advisory committee, but in a non-voting position. In addition to bringing specific areas of expertise to the committee, members should be selected to provide regional and community representation, as relevant.

To facilitate its function of advising on the evaluation of the telehealth service(s), it was noted that it would be important to ensure that the advisory committee has access to all aggregate call centre information, policies, etc.

Governance and Administration

It is possible to deliver a province-wide telephone health education and triage/advisory service from a single call centre. Some members feel this would be preferable, to enable economies of scale. Others would prefer to have the service delivered by two or more call centres, to provide back-up in an emergency.

If it is determined that there would be more than one call centre for the province, the Task Force concurred that the governance structure may vary for each call centre. The governance model could be institutionally or community based, and either a single-focus service or a component of an existing health care service such as a hospital centre or other transfer payment agency. Funds would not be part of a global budget if the service was to be provided by an institution.

In discussions on the governance structure of a telehealth service, it became clear that the suitability of the governance structure would be highly dependent on whether there are one or more service/decision support software providers in the longer term. It was agreed that both short and longer term strategies would need to be developed.

There was no conclusion as to whether there should eventually be only one software vendor/provider for the service. Key issues related to consistency with high quality outcomes, the ability to interface between sites and the assurance that provincial standards are incorporated into the service delivery. A future decision should be based on a comparative evaluation of the different services in Ontario (e.g., Primary Care Reform pilot project, the Northern Ontario telephone triage service and the provincial telehealth service), as well as consideration of relevant evaluation results and other information from other jurisdictions. The evaluation framework should be developed by key stakeholders including nurses, physicians and other healthcare professionals representing a broad range of healthcare interests (e.g., mental health, social work, consumers), as well as individuals with technical and quality assurance expertise, and approved by the Advisory Committee.

Professional Issues

In developing a framework for a telephone health information and triage service, it would be important to clearly describe the qualifications and roles of the staff that will be needed to deliver the service. Experience in other jurisdictions indicates that most telephone triage services are delivered through

registered nurses and have a medical director as a consultant to the service. In its deliberations, the Task Force agreed that the service should be delivered through registered nurses, and physician support would be important.

Members did not all agree with the URAC standard that clinical oversight of clinical staff and clinical functions should be provided by a physician. There was consensus that physician support for the overall service would be needed for functions such as protocol review and service evaluation, but that the physician was not to be involved in specific patient decisions. Since the service provides symptom-based triage, there would be no direct intervention or patient/doctor relationship. In circumstances where medical advice is needed, the triage nurse will refer callers to a physician or to an emergency room, and will always err on the side of caution. With this in mind, medical support would not need to be available at all times, or necessarily be located on-site.

There was much discussion on responsibility for clinical oversight of clinical staff. After considerable dialogue, it was agreed that the triage service should have an appropriately qualified nursing advisor to provide nursing support and advice to the service.

The Task Force agreed that all clinical and non-clinical staff shall have written job descriptions, qualifications and performance evaluations, and that the program shall have a process to verify and re-verify licences/certification, as applicable, for all clinical staff.

The Task Force also agreed that written organizational charts should be required that show accountability and lines of communication among all members of the health care team. The organizational structure should include the interdisciplinary team and may include, but would not be limited to a medical advisor, nursing advisor, nursing educator, telephone nurses and clerical and/or clinical telephone nurse support staff. The chief administrator of the service should have expertise in business management and would not necessarily have a background in health care.

The Task Force agreed that telephone nurses shall demonstrate the knowledge and skills necessary to provide safe and effective telephone nursing care and service, and it was determined that the person providing triage must be a registered nurse registered with the College of Nurses of Ontario. It was understood that registered nurses would use the nursing process as a framework to determine and provide the delivery of healthcare through telephone encounters with patients and their families, consistent with CNO standards. It was noted that ongoing staff development would be important.

There was much discussion on whether a registered nurse or other appropriately trained, regulated, healthcare professional should be the first person to answer patient calls. It was recognized that this may not be practicable at all times, e.g., during peak calling periods. One alternative could be to have the call transferred automatically to other sites, if available. If calls cannot be answered immediately by a registered nurse, some members felt that it would be preferable to have other medically trained support staff answer the call, rather than provide the caller with an automated message. The potential for registered practical nurses in non-triage health information roles was discussed briefly and it was agreed that appropriately trained registered practical nurses could deliver the health information part of the service.

There was general support for standards pertaining to the call centre working environment. It was thought that Ontario occupational health and safety standards would adequately address working conditions.

Documentation

The Task Force supported URAC requirements that information collected should be limited to that necessary for triage and health information, and that the service should have written policies and procedures to include: the documentation of calls, anonymous callers, abuse; and, interruption or discontinuation of service due to internal or external factors (e.g., telephone problems, weather disasters)

The Task Force reiterated points made in its earlier discussions that data to be documented could

include the age and gender of caller, the name of the person who provided information and their relationship to the patient, the patient's name, the location (exchange or community) of the caller, the time of day, call duration, response time and language. It would be important to record any advice given that differs from that in the protocol and why it differed.

Additional information that could be collected, depending on the reason for the call, is found in the CNO discussion paper. This includes breathing status, level of consciousness, caller's concerns/reason for calling (including history of concern and signs and symptoms), allergies, weight, past medical history, current medications and physician, as relevant.

Ideally, information would be provided that identifies the caller to the system (unless the caller wishes to remain anonymous). In this way, a data base can be built and historical information gathered. Identification by health card number would be ideal, but downloading of existing health card information into the system is not contemplated at this time. It was suggested that although identification by health card number should be optional, provisions should be made at the outset to enable the system to accept this information, for implementation at a later date.

Members agreed that documentation of calls should be done electronically, with the provision for manual documentation in the event of system malfunction. Members also suggested that it may be useful to have the caller's number displayed in the event of crisis or simply to be able to note the exchange from which the call originates.

They noted that it was important to document, at least annually, the review, evaluation, and updating of clinical decision support tools (with involvement from actively practicing physicians and other providers with current knowledge relevant to the clinical decision support tools. Members agreed that telephone practice nurses could participate in clinical and health care systems research.

Information collected should be used to identify the need to modify protocols as well as monitor the nursing process.

Issues related to a single versus multiple service providers/vendors/software packages were discussed, and the potential of sharing information between call centres and with other health care centres. Task Force members noted that much will be dictated by factors including: privacy legislation, the model(s) of service chosen, funding levels, technological capabilities, etc.

The software package must have the ability to aggregate data and the ability to search by selected criteria, although it was recognized that routine reports should be limited to information that is necessary for monitoring and evaluation. While members thought it of value to be able to track follow-through with advice given, a mechanism for how this should be accomplished was not identified, other than to identify the issue as an evaluation criterion. It was recognized that while the Primary Care Reform pilot sites will have the ability to establish and monitor a model of service that links directly back to the physician, other, broader models or pilots were unlikely to have this capacity.

Confidentiality

Confidentiality of personal health information is important in the provision of any health care service, and regulations or standards have been developed for more traditional services that address this concern. Due to the unique nature of telephone health services (i.e., provided over the telephone, electronic management of data), additional steps may need to be taken to ensure that patient privacy is protected. To protect privacy, the Task Force thought that callers must have the option of remaining anonymous if they wish and must be advised if there might be third party monitoring of calls for quality assurance or evaluation purposes. Consent for disclosure of information would need to be obtained prior to feedback to the primary care provider or for other purposes. The service must meet the standards of professional colleges and other healthcare facilities, and records must be secure.

Members agreed with requirements that information shall be used solely for the purposes of performing clinical activities or the administration of other services in the health care organization (i.e., triage, health information, demand management, disease management, quality management,

utilization management). Information shall be shared only with those entities or individuals external to the organization who contractually or statutorily have authority to receive such information or who are otherwise specifically authorized and shared only with clinical staff and non-clinical staff within the organization who need access to implement the activities listed above. Some members were concerned that information must be available for research purposes, however, it was felt that the preceding standard is broad enough to encompass research activities. It was noted that external research generally used anonymized and aggregate data.

Monitoring and Evaluation

Ongoing monitoring and evaluation will be key components of any telephone health service and will be essential to determine whether the service is meeting its stated objectives. This will be the responsibility of the provincial Advisory Committee. In addition to internal reviews, third party quantitative and qualitative evaluation should be built-in to the service. Task Force members advised that where monitoring of staff is undertaken, the process should be transparent and staff must be made aware of the monitoring before it occurs.

It was agreed that a continuous quality improvement program should be implemented. Telephone practice nursing leaders should participate in quality improvement programs and identify and apply current telephone nursing practice benchmarks to organizational goals and expectations. Outcomes, compliance with nurses' recommendations, consumer satisfaction, review of advice given to callers and reduction in emergency room use for non-life threatening events are performance measures that members thought should be monitored and evaluated.

Members also agreed that there should be a mechanism and process to continuously monitor, measure and review, at least monthly, all incoming triage and health information calls, including, at least average blockage (busy signal) rates, average speed of answer by a live person; and, average abandonment rate. Ongoing objective and systematic monitoring of the triage and health information quality management program should be documented, and written procedures and policies should be updated and evaluated at least annually.

Other information that should be documented includes : objectives and approaches used in the monitoring and evaluation of clinical activities including documenting, investigating and maintaining complaint records to identify patterns or trends; the implementation of action plans to improve or correct identified problems; the mechanisms to communicate resulting action plans to clinical and non-clinical staff; and, the development of an annual quality improvement plan. There should also be a mechanism to monitor and report the aggregate disposition of all triage calls.

Since a telehealth service for the Province of Ontario would be a very large undertaking, it is possible that potential vendors may enter into consortia or contracts with others to prepare a proposal. Members generally agreed that where functions are subcontracted, the contractor shall have a written contract with the subcontractor(s), ensuring that all performance standards are met. This would make lines of accountability clear and provide some protection where there is more than one vendor/party involved in delivery of the service, so that the final accountability would rest with the primary vendor/contractor.

OUTCOMES

The quality of the service should be consistently high, due to the continuous quality assurance program, and this should be reflected in customer satisfaction and decreased anxiety about health symptoms. The number of callers to the service should grow rapidly at the beginning, as the public becomes aware of the service, and should level-off as the health education component provides individuals with improved capacity and confidence to undertake self care. These would be measured through surveys of new and repeat callers.

Utilization patterns of emergency and primary care services would be expected to change. The number of visits may not necessarily decrease, but the reasons for visits could be expected to change to reflect more appropriate usage of these services.

Accessibility/Call Management

Public accessibility to the service and the speed with which callers are connected to the triage nurse will significantly influence public satisfaction with and use of the service. These outcomes will be measured through ongoing monitoring and evaluation of calls to indicate whether the service is meeting its prescribed standards. Standards for call management and service accessibility should address such issues as how quickly calls must be answered, how quickly messages must be returned and what percentage of abandoned calls or busy signals is acceptable. To some extent, these variables will be influenced by the level of funding assigned to provide the service.

The Task Force did not debate criteria used in other jurisdictions. Having agreed that the first person to answer the call should be a registered nurse, where possible, members were prepared to accept the URAC standards that the average speed of answer by a live person should be within 30 seconds and transfer to clinical staff person should occur within 30 seconds. Similarly, there was support for New Brunswick's standard of 85 % of calls being answered within 100 seconds. Members decided that while it would be difficult to determine what the appropriate standard should be at the outset, some base standard should be set and monitored to measure its efficacy.

Immediate access to a clinical response is the preferred outcome. Where call volume is heavy and callers choose to leave a message, URAC and New Brunswick require that a clinical staff person should return the call within an average of 30 minutes. This was agreeable to the Task Force. A call abandonment or blocking (busy signal) rate of 5 to 10 % (URAC and New Brunswick, respectively) was considered, and some members thought that 10 % may be too high.

Although a live response is preferred, the Task Force agreed that when callers cannot access a live person within the prescribed times, a recorded message shall instruct the caller to either hang up and call "911" or local emergency services, if the situation is perceived by the caller to be an emergency. Instructions to callers who do not perceive the situation to be an emergency shall be to remain in a telephone waiting queue for a triage nurse or leave a message for a triage nurse.

Cross-System Compatibility

Where there is more than one service provider, call centre or set of protocols or algorithms, measures may be needed to ensure that all components of the service are compatible with each other. It was noted that it would be important to ensure that electronic interfaces are compatible and that service provision is a consistent standard from one area to the next. Task Force members pointed out that the service should be designed to be compatible with existing local services and other health telephone lines such as "911", poison control, local emergency rooms and educational facilities.

Selection Of Decision Support Software

The Task Force discussed the criteria by which software should be selected, and the pros and cons of having more than one set of protocols or algorithms were debated. The Task Force was asked for its recommendation on whether there should be one or more vendors of software decision support tools for the entire province. The benefits of a single vendor include: consistent software, compatible data among call centres, clearer lines of accountability and a concentrated job market for registered nurses in the vicinity of the call centre(s). Members noted that it may be useful to test different software on a pilot or similar basis prior to determining the best approach for a provincial service.

It was thought that the Provincial Advisory Committee should be involved in the Request for Proposals process, advising on appropriate criteria, for example, but not in the actual review of proposals and selection of a vendor. The Task Force developed a series of questions that would prompt vendors to provide information on how they would meet required standards and software criteria. (See CRITERIA FOR THE SELECTION OF DECISION SUPPORT SOFTWARE).

IMPLEMENTATION ISSUES

Implementation of a provincial toll-free telehealth service was discussed briefly, from the perspective

of coordination among services providers if more than one call centre is selected. Linkages with the Primary Care Reform networks would need to be considered, as well as coordination with existing services.

CRITERIA FOR THE SELECTION OF DECISION SUPPORT SOFTWARE

The following list of questions has been designed to identify criteria that could be used in selecting decision support software.

1. What process have you used to ensure that decision support software is evidence-based?
2. How will you ensure that decision support software is comprehensive in topics and content, with no gaps in information?

   Demonstrate how your protocol list has expanded over the past five years.
3. How will you ensure that decision support software is clinically applicable for use in Ontario?
4. How will you ensure that the service provided is consistent with professional standards and guidelines in Ontario?
5. How much flexibility does the decision support software that you are providing have to enable nurses to use professional judgement?
6. How frequently would you expect different users of your decision support software to arrive at the same endpoint?

   Explain.
7. What is the process, and how often do you propose to review, evaluate and modify the decision support software?
8. What have you done to clinically validate your decision support software?

   Show documentation demonstrating how research has been undertaken (e.g., use of controls, external analysis, expert opinion) and who has reviewed your software (e.g., academics, triage nurses, primary care providers, specialists).

   What is the nursing role/input in this process?
9. How would you ensure confidentiality, security and appropriate storage of data?
10. Does your decision support software include a philosophy of self care and education?

    Can you demonstrate a link between decision support software and related health information/self care information that your service would provide?
11. What ability does your software have to aggregate data and provide reports? Can the data elements be searched individually or in unique combinations?
12. Does purchase, lease or other contractual use of the software include ownership of all data and the right to use or publish results of evaluation and research?

13. What provisions would you make to incorporate any proposed revisions to the software that arise from reviews by the purchaser/lessor?

14. Are you prepared to customize software to adapt it to the Canadian context?

15. What quality assurance standards do you have in place, or would you propose, for ensuring monitoring of use of/adherence to the decision support software?

16. What documentation is required when nurses deviate from decision support software?

17. What clinical dispositions do you project as a result of using your decision support software (e.g., enhanced access to the healthcare system, more appropriate use of emergency services)?

18. How would use of your decision support software link with specialized services such as the poison control line, AIDS hotline?

19. Does your software have the potential to expand to cover other topics such as mental health, disease management, at a later date?

20. What product development work are you doing to ensure that your product is at the forefront of technological development and innovation?

21. In which languages is your software available?

22. With what "systems" can your software run and be compatible?
What is proprietary and what is standard?

23. Explain how your system is sustainable and can be expanded.

24. Do you have a training program for staff about your decision support software?

25. What is the expected downtime for the system?
Give examples of downtimes that have occurred in systems that you are currently providing.

26. What information does the system record during a triage call?

    Does the system have the built-in ability to document free-style (e.g., where the nurse deviates from the protocol)?

Appendix I

TELEHEALTH TASK FORCE

List of Members :

Mary Beth Valentine	Ministry of Health and Long-Term Care (Chair)
Jean Bickle	Independent Healthcare Consultant
Dr. Ed Brown	Emergency Room Physician
Karin Eisen	College of Physicians and Surgeons of

	Ontario
Dr. Brian Gamble	Family Physician
Doris Grinspun *alternate* - Jacqueline Choiniere	Registered Nurses Association of Ontario
Louise Jeaurond	Eastern Ontario Health Unit
Dr. Ed Lemaire	The Rehabilitation Centre
Gloria Lynn *alternate* - Barbara Conlon	Ontario Nurses Association
Marcia Macks *alternate* - Cheri Vigar	Ministry of Health and Long-Term Care
Mary MacLeod	Hamilton Health Sciences
Dr. David Mathies	Family Physician
Dr. Michael McGuigan	Hospital for Sick Children
Diane McLeod	Victorian Order of Nurses
Barbara Mildon	College of Nurses of Ontario
Louise Pitre	London Health Sciences
Jackie Redmond *alternate* - Sandra Golding	Hastings and Prince Edward County Community Care Access Centre
Carol Sargo	North Hamilton Community Health Centre
Judy Shanks	Canadian Mental Health Association
Dr. Jack Williams *alternate* - Virginia Flintoft	Institute of Clinical and Evaluative Studies
Staff Support:	
Jim Wrigley	Ministry of Health and Long-Term Care
Kathy Clarke	Ministry of Health and Long-Term Care

Appendix II

TELEHEALTH TASK FORCE TERMS OF REFERENCE

Before establishing the Telehealth Task Force, the Ministry of Health developed the following terms of reference:

Background

There is growing recognition of the likely benefits of telephone health services, and of the need for government policy in this area. There is a proliferation of telephone health services available to the public (e.g., services offered by private companies for a user fee, by broader public sector organizations such as hospitals/community organizations, and through employers who have contracted for telehealth through health management companies). In addition, Primary Care Reform (PCR) will include after hours telephone advice for rostered patients in the five sites.

Currently, there are no core quality standards, guidelines or criteria that apply to the operation of telehealth services in Ontario, the absence of which has implications for the public interest. In order to protect the public interest and establish a basis for funding accountability and evaluation for new initiatives, the Ministry of Health is establishing a Telehealth Task Force to advise the Ministry and

inform government policy decisions in the coming months.

Objectives of the Task Force

The Telehealth Task Force will advise on policies required for the implementation and operation of an effective provincial telehealth service, in particular :

components for an effective telehealth education and triage service criteria for the selection of protocols and/or algorithms requirements for provincial standards, guidelines and regulations, including :

- standards for telephone nursing practice;
- policies required for an effective health service (e.g., contingency planning, disaster recovery capabilities, cross-system compatibility, etc.,).

The Telehealth Task Force may also be asked to discuss the need for provincial policies or regulations and to advise on issues such as the coordination of various telehealth initiatives.

Deliverables

The Telehealth Task Force will produce recommendations that will address :

- components of service;
- criteria for protocols/algorithms;
- requirements and content of telehealth service standards; and
- policies or regulations required for health service.

Timelines

November 1998 to February 1999.

Chair

The Task Force will be chaired by Mary Beth Valentine, Director, Program Policy Branch, Ministry of Health.

Membership

Membership will consist of health providers with specific interest and expertise related to telehealth that meets the requirements of the Task Force. Members will not sit as representatives of any organization or institution, but will be selected from among various backgrounds, including the medical and nursing professions.

Appendix III

Definitions

ABANDONMENT RATE :

The percentage of calls offered into a communications network or telephone system (i.e., automatic call distribution system of a call centre) that are terminated by the persons originating the call before answer by a staff person.

ALGORITHM :

Written clinical questions using a branch chain logic (flow chart). Often used interchangeably with Guideline and Protocol. Algorithms prescribe what steps to take given particular circumstances or characteristics. Some algorithms also include designated points in the decision-making process where physicians and other caregivers need to discuss with patients or families their preferences for particular options. Algorithms rely on nurses' ability to analyse and interpret patient responses to clinical questions. (See **Guideline, Protocol**).

AVERAGE SPEED OF ANSWER :

The average delay in seconds that inbound calls encounter waiting in the telephone queue of a call centre before answer by a staff person.

BLOCKAGE RATE :

The percentage of incoming telephone calls "blocked" or not completed because switching or transmission capacity is not available as compared to the total number of calls encountered. Blocked calls usually occur during peak call volume periods and result in callers receiving a busy signal.

DISEASE MANAGEMENT :

Programs established by health care organizations, usually for chronic illnesses, that provide patient assessment, education, counselling and compliance monitoring. These programs are designed to improve clinical outcomes and health related quality of life while optimizing the use of medical resources.

GUIDELINE :

Guideline is sometimes seen to be a more narrative description of assessment steps that includes education and counselling text to support nurses during calls. Often used interchangeably with Algorithm and Protocol. (See **Algorithm, Protocol**).

PROTOCOL :

Often used interchangeably; with Algorithm and Guideline. Defines the ongoing care or management of a broad problem or issue in six areas :

- assessment/data collection/caller interview process;
- classification/determination of acuity;
- nature/type/degree of advice/intervention/direction to callers;
- information/education of callers;
- validation of patient understanding/verbal contracting; and
- evaluation/follow-up/effectiveness of advice or intervention.

A protocol directs the advice/triage/education/counselling process, assisting in the organization of large amounts of significant information in priority order. It helps show the interrelationship of data, forcing consideration of all possible or likely decision choices. It directs decision making to be based upon data. The benefit of using a protocol, algorithm, or guideline is the gain of consistency, accuracy, quality; completeness, ease, and (some) legal protection. (See **Algorithm, Guideline**).

TRIAGE :

Classifying patients in order of clinical urgency and directing them to appropriate health care resources according to clinical decision support tools.

Appendix IV

The American Accreditation Healthcare Commission/URAC
24-Hour Telephone Triage and Health Information Standards

To obtain a copy of these standards, contact :

The American Accreditation Health Care Commission/URAC
1275 K Street, N.W.
Suite 1100
Washington, DC 20005
U.S.A.

Tel : (202) 216-9010
Fax : (202) 216-9006
Website : www.urac.org

Appendix V

College of Nurses of Ontario
Telephone Nursing Practice : Standards for Nurses in Ontario

To obtain a copy of these standards, please contact :

College of Nurses
101 Davenport Road
Toronto, Ontario
M5R 3P1
Canada

Tel : (416) 928-0900 or 1-800-387-5526
Website : www.cno.org or
E-mail : cno@cnomail.org

Appendix VI

American Academy of Ambulatory Care Nursing
Telephone Nursing Practice Administration and Practice Standards

To obtain a copy of these standards, contact :

The American Academy of Ambulatory Care Nursing
East Holly Avenue
Box 56
Pitman, NJ O8071-0056
U.S.A.

Tel : (856) 256-2350
Fax : (856) 589-7463

Website : aaacn@ajj.com

Appendix VII

1-800 Telephone Health Services
Components, Criteria and Standards: A Resource Bibliography

To obtain a copy of this bibliography, please contact :

Derek Bignell
Program Policy Branch
Ministry of Health and Long-Term Care

Tel : (416) 327-8540
Fax : (416) 327-8879
E-mail : Derek.Bignell@moh.gov.on.ca

| return to publications index |

| central site | feedback | search | sitemap | français |
| home | publications | health links | telephone directory |

Ontario
This site maintained by the Government of Ontario, Canada

© 2000 Queen's Printer for Ontario | Last Modified: 09/01/2000 16:06:19

Recommandations touchant la création d'un service d'Éducation, de Triage et de consultation en Télémedecine

Rapport Final remis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Publié par le : Groupe de Travail sur la Télémedecine
Octobre 1999

Préface

Le présent rapport, remis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, porte sur les recommandations formulées à propos de la création d'un service d'éducation, de triage et de consultation en télémédecine. Il a été rédigé par le Groupe de travail sur la télémédecine. Ce groupe de travail regroupait des professionnels clés de la santé qui ont offert leurs compétences et leurs connaissances relatives aux services de télémédecine. Les recommandations figurant dans le présent rapport reflètent les délibérations du groupe de travail dans son ensemble et ne visent pas à représenter la position ou les intérêts des associations ou des organismes auxquels ces personnes sont affiliées.

Table des Matières

- **Sommaire principal**
- **Recommandations**
- **Objectifs**
- **Principes**
- **Sommaire des discussions sur les composantes**
- **Sommaire des discussions sur les normes**
- **Critères de sélection du logiciel d'aide à la décision**
- **Annexe I** - Groupe de travail sur la télémédecine
- **Annexe II** - Groupe de travail sur la télémédecine - Mandat
- **Annexe III** - Définitions
- **Annexe IV** - American Accreditation Healthcare Commission/URAC 24-Hour Telephone Triage and Health Information Standards
- **Annexe V** - Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Normes sur les soins infirmiers téléphoniques à l'intention des infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers auxiliaires en Ontario

- **Annexe VI** - Adresse de l'American Academy of Ambulatory Care Nursing Telephone Nursing Practice Administration and Practice Standards

- **Annexe VII** - Services de télémédecine 1 800 - Composantes, critères et normes : bibliographie

---

SOMMAIRE PRINCIPAL

Historique

En novembre 1998, le ministère de la Santé a créé le Groupe de travail sur la télémédecine et lui a confié comme mandat de donner des conseils sur les politiques de mise en œuvre et d'exploitation d'un service provincial d'éducation, de triage et de consultation en télémédecine, qui soit efficace. On a, en particulier, demandé au groupe de travail de formuler des recommandations sur les composantes du service, les critères de sélection du logiciel d'aide à la décision utilisé par les infirmières et les infirmiers utilisant le service et les normes de service.

Le groupe de travail était composé de 20 personnes représentant toutes une gamme de professions et d'intérêts dans le domaine de la santé, c'est-à-dire des centres de santé communautaires, des services de santé mentale, des services d'évaluation clinique et des services actuels de télémédecine. Ce groupe était présidé par le ministère de la Santé. Outre les personnes qui représentaient leurs ordres professionnels respectifs, les membres furent choisis compte tenu de leurs connaissances et compétences spécifiques et non pas en tant que représentantes et représentants des organismes ou associations auxquels ils étaient affiliés.

Services de télémédecine

Les services de télémédecine permettent de donner de façon rentable et efficace des renseignements aux usagers, sans que ces derniers n'aient besoin de rendre visite à un fournisseur de soins de santé. Ils deviennent de plus en plus populaires au sein de juridictions en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde. De nombreux types de renseignements médicaux peuvent être donnés au téléphone. Il s'agit, entre autres, de renseignements portant sur des sujets spécifiques comme le SIDA, le centre antipoison et les troubles alimentaires, de même que des services plus généraux d'éducation et d'information sur la santé. Les services de triage téléphonique offrent des conseils permettant aux personnes qui appellent de décider si elles devraient s'administrer elles-mêmes leurs propres soins, consulter un médecin ou tout autre fournisseur de soins de santé communautaires ou se rendre à la salle des urgences. Ils ont été mis en œuvre avec succès au Nouveau-Brunswick et au Québec. Ils ont été introduits sous forme de projets pilotes en Colombie-Britannique et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario est en train d'examiner cette option.

Voici certains des avantages présentés par un service de télémédecine sans frais d'interurbain : amélioration de l'accès du public au service de santé le plus approprié; amélioration de l'accès du public aux renseignements sur la santé permettant de faciliter la prise de décision et d'améliorer la satisfaction du public quant aux services de santé. L'utilisation des services de triage téléphonique devrait déboucher sur une utilisation plus pertinente des services d'urgence.

Les infirmières et les infirmiers responsables des services de triage suivent des protocoles ou des algorithmes (définition à l'annexe III) et utilisent des logiciels d'aide à la décision consistant en des listes de contrôle automatisées des lignes directrices cliniques afin d'aider les personnes qui appellent à prendre une décision. Les infirmières et les infirmiers sont guidés par le logiciel d'aide à la décision, mais devraient pouvoir faire preuve de discernement clinique, le cas échéant. On pourra

inclure au service de télémédecine une composante éducative en encourageant les infirmières et les infirmiers à établir une interaction avec les personnes qui appellent ou à utiliser des renseignements enregistrés sur bande magnétophonique. Lors de la création de services d'information et de triage téléphoniques, on pourra éventuellement inclure une composante de prévention et de gestion des maladies en ayant recours au même personnel et aux mêmes installations.

Élaboration des recommandations

Le groupe de travail s'est réuni sept fois entre le mois de novembre 1998 et le mois de février 1999. Il a formulé 63 recommandations concernant un service de télémédecine. Plusieurs de ces recommandations reposaient sur les normes et les résultats des services de télémédecine d'autres juridictions. Les recommandations visent à orienter les délibérations du gouvernement sur la mise en œuvre des services provinciaux de télémédecine et serviront également à des fins de références futures dans le cadre de nouveaux projets de télémédecine.

Le groupe de travail s'est tout d'abord penché sur les composantes nécessaires à la prestation de services de télémédecine offrant des services d'éducation sur la santé, de triage et de consultation. Les discussions ont porté sur la sélection des outils d'information et d'éducation, sur l'accès et sur la langue; et sur des questions d'ordre général concernant le personnel, le logiciel d'aide à la décision et la gestion des appels. Le groupe a, par ailleurs, discuté du caractère confidentiel des renseignements et de l'évaluation des services.

L'élaboration de normes pour le service de télémédecine a suivi en général la même orientation que les discussions portant sur les composantes. Cependant, on a mis l'accent sur les normes utilisées par d'autres juridictions et celles que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario est en train de concevoir. Cette partie du rapport est organisée en fonction de la structure, du processus et des résultats.

On a abordé de façon différente les critères de sélection du logiciel d'aide à la décision (c'est-à-dire les protocoles ou algorithmes) qui permettra d'aider les infirmières et les infirmiers à offrir les services de triage au téléphone. Le groupe de travail a dressé une liste de questions auxquels les fournisseurs éventuels de services devront répondre. Les questions sont ouvertes et visent à obtenir des renseignements détaillés et informatifs tout en évitant d'être trop normatives.

RECOMMANDATIONS

Le Groupe de travail sur la télémédecine a formulé les recommandations suivantes en vue de la création d'un service d'éducation, de triage et de consultation en télémédecine.

PROBLÈMES TOUCHANT LES SERVICES D'INFORMATION ET D'ÉDUCATION

1. Le nouveau service d'information et d'éducation sera intégré aux services locaux et provinciaux existants et sera doté de processus d'aiguillage vers des services spécialisés.

2. Les services d'information et d'éducation seront offerts grâce à une structure de communications incluant tous les outils disponibles (p.ex., manuels, bandes magnétiques, circulaires, sites Web). Le choix des outils les plus appropriés sera fonction du format le plus utile, pratique et économique s'appliquant au type de renseignements offerts et à la population servie. La bibliothèque contenant des renseignements et des bandes éducatives sur la santé sera exhaustive et à jour. On choisira des systèmes automatisés en se fondant sur ceux choisis par d'autres juridictions; ces systèmes devront être compatibles avec d'autres composantes du service (p.ex., logiciel de triage) et d'autres services actuels; en outre, il faudra les examiner régulièrement.

3. Les appelants qui cherchent à obtenir des renseignements sur la santé (et non pas sur le

triage) seront transférés à un système automatisé de bandes de bibliothèque. Les systèmes d'information automatisés offriront aux appelants l'option de parler à une personne si les renseignements figurant sur les bandes n'ont pas permis de répondre à leurs questions.

4. L'accès au service par téléphone sera offert à tous les résidents de l'Ontario, même lorsqu'ils sont à l'extérieur de la province. Le volume d'appels reçus émanant de non-résidents devrait être surveillé de façon à pouvoir prendre des mesures si le volume devient inacceptable ou en cas de problème.

5. On prendra des dispositions pour veiller à ce que les personnes qui appellent en se servant de téléphones à cadran puissent avoir accès à tous les services automatisés.

6. Les services seront offerts dans les deux langues officielles au début; on songera à introduire d'autres langues par la suite.

7. Les services de prévention et de gestion des maladies, s'ils sont offerts, devront tenir compte des principes s'appliquant au service de télémédecine.

8. Lorsqu'on songe à établir des partenariats avec le secteur privé, il faut essayer d'éviter les conflits d'intérêt de même que tout problème éthique dû à la promotion de produits. On abordera également tous les aspects de la gestion des maladies, par exemple le régime alimentaire et les exercices physiques.

PROBLÈMES LIÉS AU SERVICE DE TRIAGE

Comité consultatif provincial

9. On créera un comité consultatif indépendant pour l'ensemble de la province; ce comité sera chargé d'offrir des conseils au ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les normes, les transactions, le code d'éthique, l'assurance-qualité, le financement, les problèmes techniques et scientifiques et l'évaluation des services. Les centres d'appel individuels (s'il y en a plusieurs) pourront créer des sous-comités chargés de donner des conseils sur les problèmes locaux.

10. Au sein du comité consultatif provincial, il y aura représentation équilibrée des infirmières et des infirmiers, des médecins, d'autres professionnels de la santé représentant toute une gamme d'intérêts dans le domaine de la santé (p.ex., santé mentale, travail social et consommateurs) de même que des personnes dotées des compétences voulues dans les domaines suivants : transactions, code d'éthique, connaissances techniques et assurance de la qualité. Les membres assureront la représentation sur le plan régional et communautaire.

11. Le comité consultatif provincial concevra des critères permettant d'assurer le caractère approprié des ressources communautaires vers lesquelles on aiguillera les appelants (p.ex, services provinciaux reconnus).

12. Le comité consultatif provincial aura accès à tous les renseignements et politiques du centre d'appel. **L'examen ultérieur des services actuels a révélé que le comité consultatif provincial devrait également avoir accès aux données sur les cas individuels afin de régler les plaintes et tout autre problème lié au processus.**

13. Le comité consultatif provincial devra participer, de façon consultative, au processus de lancement d'un appel d'offres pour le service d'éducation, de triage et de consultation en télémédecine; il ne participera pas à la sélection du fournisseur de service.

14. Le comité consultatif provincial sera indépendant de tout service de télémédecine; il sera financé directement par le gouvernement et disposera d'un financement spécifique et de personnel de soutien.

Administration du site

15. Si l'on crée plus d'un centre d'appel, chacun d'entre eux disposera de sa propre structure administrative; chaque centre sera responsable de la gestion de ses problèmes opérationnels et administratifs.

16. Si l'on crée plus d'un centre d'appel, les structures de gestion pourront varier; il pourra s'agir de structures institutionnelles ou communautaires autonomes. Les structures de gestion des centres d'appel seront financées directement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée envers lequel elles seront responsables. Le financement ne fera pas partie intégrante d'un budget global si les services sont offerts par un établissement de santé plus général (p.ex., un hôpital).

Questions professionnelles

17. Le service de triage devra disposer d'un conseiller médical ou d'une conseillère médicale capable de donner un aperçu médical et des conseils en la matière, le cas échéant.

18. Le service de triage devra avoir un conseiller ou une conseillère en services infirmiers qualifié (e) capable d'offrir des services de soutien en matière de soins infirmiers et des conseils.

19. Le service de télémédecine devra disposer du soutien d'un médecin pour les fonctions comme l'examen du logiciel d'aide à la décision et l'évaluation des services. Les décisions concernant les appelants individuels seront prises par l'infirmière ou l'infirmier de triage.

20. Le premier point de contact avec le service de triage et avec le professionnel ou la professionnelle responsable du triage sera une infirmière ou un infirmier autorisé(e) ayant reçu une formation spéciale en triage téléphonique et ayant de préférence une expérience de la salle d'urgence ou des services communautaires. Les infirmières et les infirmiers responsables des services téléphoniques auront d'excellentes compétences en communications et en relations interpersonnelles.

21. Les infirmières et les infirmiers responsables des services téléphoniques prouveront qu'ils ont les aptitudes et les connaissances voulues pour offrir des soins et des services infirmiers sûrs et efficaces au téléphone; ils auront recours au processus de soins infirmiers comme cadre permettant de choisir et d'offrir des soins de santé au téléphone aux patients et à leurs familles.

22. Les professionnels de la santé se conformeront aux normes imposées par leurs ordres professionnels respectifs en Ontario. Les infirmières et les infirmiers responsables du triage téléphonique seront des infirmières et des infirmiers autorisés en règle appartenant à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

23. Lors du triage téléphonique, les infirmières et les infirmiers suivront les étapes préconisées par le logiciel d'aide à la décision; cependant, ils seront libres d'exercer un jugement clinique.

24. Tout le personnel clinique et non clinique sera assujetti aux conditions suivantes : description d'emploi par écrit, qualifications et évaluations de rendement. Le service établira un processus permettant de vérifier et de revérifier les permis et l'accréditation, le cas échéant, de tout le personnel clinique.

25. Chaque centre d'appel aura des organigrammes montrant les axes de responsabilité et les liens hiérarchiques de tous les postes du service.

Accès/Gestion des appels

26. Le service de triage devrait être disponible dans un nombre maximum de langues. On devra

commencer par le français et l'anglais afin de respecter les exigences statutaires minimums. On prendra les mesures voulues pour assurer des services d'interprétation au téléphone ou par l'entremise d'interprètes à distance.

27. Il faudra tenir compte des différences culturelles, dans la mesure du possible (bien qu'il puisse être difficile d'identifier ces différences au téléphone).

28. Le service de triage aiguillera l'appelant(e) vers un médecin, une infirmière ou un infirmier de santé communautaire, un travailleur social ou une travailleuse sociale, une ligne d'information, une salle d'urgence ou vers d'autres services, le cas échéant.

29. On devrait examiner les liens qui existent entre les salles d'urgence et le service de triage téléphonique pour veiller à ce que les appelants et les visiteurs n'ayant pas besoin de services d'urgence soient aiguillés vers le numéro sans frais d'interurbain.

30. Lorsqu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ne peut pas répondre aux appels immédiatement, il serait souhaitable de demander à d'autres employés de soutien formés de répondre à l'appel plutôt que de transférer la personne à un système de message automatisé.

31. Voici le mode de réponse aux appels :

- une personne répondra aux appels dans un délai maximum de 30 secondes;
- si les infirmières et les infirmiers de triage ne répondent pas directement aux appels, on devra transférer l'appel à une infirmière ou à un infirmier de triage dans les 30 secondes;
- on répondra à quatre-vingt-cinq pour cent des appels dans les 100 secondes;
- en période de volume élevé des appels et si les appelants décident de laisser un message, l'appel sera retourné par l'infirmière ou l'infirmier de triage en moyenne dans les 30 minutes;
- le taux d'abandon ou de blocage (signal occupé) des appels ne devra pas être supérieur à entre 5 et 10 %;
- si les appelants ne peuvent pas avoir accès à une personne dans les délais prescrits, un message enregistré leur conseillera soit de raccrocher, soit de composer le « 911 » ou les services d'urgence locaux si la situation, selon l'appelant(e), est de nature urgente. Quant aux appelants dont la situation n'est pas de nature urgente, on leur conseillera de garder la ligne jusqu'à ce qu'une infirmière ou un infirmier de triage devienne disponible ou de laisser un message pour cette infirmière ou cet infirmier.

Documentation

32. Les renseignements recueillis durant l'appel de triage porteront sur les services offerts.

33. Le service de triage téléphonique adoptera des politiques écrites et des modalités, dont les suivantes : documentation des appels, appelants anonymes, situations d'abus et interruption ou élimination du service en raison de facteurs internes ou externes (p.ex., problèmes téléphoniques, conditions météorologiques).

34. La documentation des appels se fera électroniquement avec possibilité d'effectuer cette documentation manuellement en cas de panne du système. Il serait bon que le numéro de l'appelant(e) soit affiché en cas de crise ou d'être en mesure de prendre note de la circonscription de taxe à partir de laquelle l'appel est effectué.

35. On documentera toute situation dans laquelle l'infirmière ou l'infirmier de triage ne se conforme pas aux modalités du logiciel d'aide à la décision, y compris les conseils ou les renseignements donnés et les raisons de l'écart.

Confidentialité

36. Tous les appels seront considérés comme confidentiels. Les appelants pourront rester anonymes. On les avisera de tout contrôle des appels par une tierce partie aux fins de l'assurance-qualité et de l'évaluation. Le consentement à la divulgation sera obtenu avant qu'on communique les résultats au fournisseur de soins primaires ou à d'autres fins.

37. Tous les dossiers contenant des renseignements personnels seront gardés dans un endroit sûr.

38. Les renseignements ne serviront qu'aux fins des activités cliniques ou de l'administration du service de télémédecine.

39. Les renseignements ne seront partagés qu'avec les entités ou les particuliers ne faisant pas partie de l'organisme qui de par contrat ou de façon statutaire ont le droit de recevoir ces renseignements ou qui y sont autorisés; ces renseignements ne pourront être partagés qu'avec le personnel clinique et le personnel non clinique de l'organisme qui a besoin d'avoir accès à ces renseignements pour pouvoir mettre en œuvre les activités figurant ci-dessus.

Contrôle et évaluation

40. L'évaluation permanente, transparente, interne et externe et quantitative et qualitative effectuée par un tiers fera partie intégrante du service et sera introduite graduellement, au fil du temps. On mettra en œuvre un programme continu d'amélioration de la qualité.

41. Voici ce que l'évaluation du service inclura : résultats, satisfaction des usagers, des employés et des médecins; améliorations sur le plan de l'accès; utilisation de la salle d'urgence pour des activités précises, que l'on peut repousser et qui ne sont pas urgentes; examen des conseils dispensés aux appelants; et conformité des appelants aux recommandations. Tout écart par rapport aux conseils du logiciel sera évalué.

42. Voici les renseignements qui seront documentés à des fins d'évaluation interne :

- objectifs et méthodes utilisés pour évaluer et surveiller les activités cliniques (y compris la documentation, les enquêtes et la tenue des dossiers sur les plaintes permettant de cerner les tendances);
- mise en œuvre des plans d'action visant à améliorer ou à rectifier les problèmes cernés;
- mécanismes de communication des plans d'action au personnel clinique et non clinique:
- conception d'un plan annuel d'amélioration de la qualité.

43. On effectuera au moins chaque année un examen, une évaluation et une mise à jour du logiciel d'aide à la décision. Les médecins actifs, les infirmières et infirmiers offrant des télésoins et d'autres fournisseurs de soins de santé au courant des modalités afférentes au logiciel d'aide à la décision participeront à ces processus.

44. On demandera aux organismes de réglementation de participer à l'évaluation du service.

45. Le contrat signé avec le prestataire de services inclura un programme d'amélioration continu de la qualité. Les résultats devraient tenir compte des obligations contractuelles.

46. Dans le cadre du processus de surveillance du personnel, le processus devrait être transparent et on devrait informer le personnel qu'il sera surveillé et lui faire part du processus utilisé.

47. Les dirigeants infirmiers offrant des télésoins participeront aux programmes d'amélioration de la qualité; ils identifieront les normes actuelles en matière de soins infirmiers téléphoniques et les appliqueront aux attentes et aux objectifs organisationnels.

48. On adoptera un mécanisme et un processus permettant de surveiller, de mesurer et d'examiner de façon continue, au moins tous les mois, tous les appels d'arrivée concernant le triage et l'information sur la santé, soit, au minimum, ce qui suit : taux moyens de blocage (signal occupé), durée du premier appel, délai moyen de réponse par une personne et taux moyen d'abandon.

49. Le contrôle objectif et systématique du programme de gestion de la qualité relatif au triage et à l'information sur la santé fera l'objet d'une documentation; les modalités et les politiques écrites seront mises à jour et évaluées au moins une fois par an.

Sélection du logiciel d'aide à la décision

50. Voici quelles seront les caractéristiques du logiciel d'aide à la décision :

- axé sur les preuves et validé cliniquement;
- compatible avec les protocoles de pratique de la médecine au Canada et avec les lignes directrices et les protocoles provinciaux;
- applicable cliniquement en Ontario;
- exhaustif sur le plan des sujets et du contenu; aucune lacune sur le plan de l'information;
- axé sur une philosophie de soins autonomes et d'éducation;
- constant, c'est-à-dire qu'on en arrive à la même conclusion lorsque divers usagers s'en servent dans des endroits différents;
- assez souple pour permettre à l'infirmière ou à l'infirmier de faire preuve de discernement professionnel lorsqu'il ou elle offre des services de triage et donne des conseils;
- capable de documenter les conseils donnés qui divergent de ceux dispensés par le logiciel;
- déjà utilisé ailleurs et adapté au contexte canadien;
- capable d'être relié à des services spécialisés comme le centre antipoison;
- capable d'être continuellement maintenu et mis à jour;
- capable de s'appliquer à des sujets comme la santé mentale et la gestion des maladies.

51. Le logiciel utilisé pourra accumuler les données et effectuer une recherche en fonction de certains critères.

52. Les rapports courants produits par le logiciel seront restreints aux renseignements nécessaires aux fins de l'évaluation et du contrôle.

53. Le logiciel sera compatible avec les systèmes normalisés, utilisés couramment.

54. Le fournisseur du logiciel estimera le temps d'indisponibilité auquel on doit s'attendre en citant des exemples de systèmes en cours d'exploitation.

55. Le fournisseur doit être capable de prouver qu'il continue d'effectuer des travaux de développement continus du produit afin de veiller à ce que le système reste à l'avant-garde de la technologie.

56. Le fournisseur mettra en place un programme de formation pour apprendre au personnel à se servir du logiciel.

57. Le fournisseur veillera à ce que l'achat, la location ou l'utilisation contractuelle du logiciel incluent la propriété de toutes les données recueillies et produites par le service et le droit d'utiliser ou de publier les résultats de l'évaluation et de la recherche.

58. On prendra les dispositions voulues pour intégrer toute révision proposée au logiciel due aux examens effectués par l'acheteur ou le locateur.

59. Lorsque les fonctions sont attribuées en sous-traitance, l'entrepreneur signera un contrat avec le(s) sous-traitant(s) pour veiller au respect de toutes les normes de rendement et pour documenter les axes de responsabilité.

Compatibilité entre les systèmes

60. Les interfaces électroniques seront compatibles au sein de tout le service et la prestation du service sera normalisée d'une région à l'autre.

61. Le service devra être coordonné avec d'autres services locaux et d'autres lignes santé comme le 911, le centre antipoison, les salles d'urgence locales et les établissements éducatifs.

Responsabilité

62. Le fournisseur veillera à ce que le service ait souscrit une assurance responsabilité civile professionnelle appropriée de même qu'une assurance erreurs et omissions.

63. Les infirmières et infirmiers autorisés offrant le service souscriront leur propre assurance responsabilité civile professionnelle.

▲ HAUT

OBJECTIFS

Objectifs du service de télémédecine

Les services d'éducation et de triage téléphoniques peuvent être implantés à des fins multiples comme pour encourager une amélioration des soins personnels, pour gérer la demande de services publics ou pour fournir des renseignements sur la santé. Le type de services mis en œuvre dépendra des objectifs et des résultats souhaités. On a demandé au Groupe de travail sur la télémédecine de baser ses discussions sur l'adoption d'un service d'éducation, de triage et de consultation téléphonique en télémédecine à l'échelle de la province, ouvert 24 heures par jour. Voici quels sont les objectifs de ce service :

- améliorer l'accès du public en offrant des services de santé optimaux;
- améliorer l'accès du public aux renseignements sur la santé de façon à faciliter l'éducation sur la santé des usagers et la prise de décision;
- améliorer la satisfaction du public quant à la qualité des renseignements sur la santé et des services de santé appropriés et faciliter l'accès à ces services;
- utiliser les services d'urgence de façon optimale.

▲ HAUT

PRINCIPES

Le Groupe de travail sur la télémédecine a identifié les principes suivants pour orienter ses discussions sur l'élaboration d'un service de télémédecine et également pour donner des conseils au gouvernement sur les principes liés à la mise en œuvre du service.

1. **Tout service d'éducation, de triage et de consultation téléphonique en télémédecine doit être financé à même les deniers publics et tous les résidents et résidentes de l'Ontario doivent pouvoir y avoir accès.**

2. **Tout service d'éducation, de triage et de consultation téléphonique en télémédecine ne doit pas restreindre les choix des usagers quant aux services auxquels ils peuvent**

avoir accès.

3. **Tout service d'éducation, de triage et de consultation téléphonique en télémédecine doit être offert aux usagers sur une base bénévole plutôt qu'obligatoire.**

4. **Tout service d'éducation, de triage et de consultation téléphonique en télémédecine doit inclure les médecins et les infirmières et infirmiers de même que d'autres personnes, le cas échéant, à toutes les facettes de la planification, de la prestation et de l'évaluation du programme en Ontario.**

5. **Tout service d'éducation, de triage et de consultation téléphonique en télémédecine doit respecter des normes et des systèmes de responsabilité clairs.**

6. **Tout service d'éducation, de triage et de consultation téléphonique en télémédecine doit être efficace et contribuer à la durabilité et à l'intégration du système de soins de santé.**

7. **On doit utiliser un processus transparent lorsqu'on choisit le(s) prestataire(s) du service d'éducation, de triage et de consultation téléphonique en télémédecine.**

8. **Les centres d'appel du service d'éducation, de triage et de consultation téléphonique en télémédecine doivent être situés en Ontario.**

▲ HAUT

SOMMAIRE DES DISCUSSIONS SUR LES COMPOSANTES

Le sommaire suivant constitue l'issue des discussions qui ont eu lieu lors des réunions du groupe de travail.

La première tâche de ce groupe de travail a consisté à discuter des composantes nécessaires à la prestation d'un service d'éducation, de triage et de consultation sans frais d'interurbain. On a demandé au groupe de travail d'identifier les composantes individuelles du service et de discuter des problèmes qui devraient être abordés.

La ligne de télémédecine peut inclure un ou tous les services suivants :

- information ou éducation sur la santé;
- triage;
- gestion des maladies.

Pour chacun des services susmentionnés, le groupe de travail a identifié des composantes et discuté des problèmes connexes. Plusieurs problèmes étaient communs à tous les services, soit l'objectif consistant à offrir le service dans plusieurs langues et l'importance de l'évaluation continue des services. Pour qu'un service soit efficace, il faut entreprendre un nombre suffisant d'activités de sensibilisation pour veiller à ce que le public connaisse les services disponibles et sache quand et comment y avoir accès.

Service d'information ou d'éducation - Composantes et problèmes

Il existe plusieurs modes de prestation des services d'information et d'éducation sur la santé. Citons, entre autres, l'interaction en ligne avec un professionnel ou une professionnelle de la santé par le biais d'un numéro d'appel sans frais, un système automatisé de bandes de bibliothèque auquel on a accès en composant un numéro d'appel sans frais, des manuels sur les soins de santé, des circulaires sur des sujets précis, la télévision, un site Web, des services de télécopie sur demande et l'utilisation d'organismes et de ressources communautaires.

Les manuels sur les soins de santé offrent en général des renseignements sur les mesures que les particuliers peuvent prendre pour s'auto-administrer des soins à domicile et pour savoir quand ils devraient consulter un médecin. Par exemple, ces manuels font partie intégrante d'un projet pilote de télémédecine entrepris en Colombie-Britannique, projet mettant l'accent sur les soins personnels. Les systèmes automatisés de bandes de bibliothèque offrent des services de renseignements par téléphone sur divers sujets liés à la santé; cependant, ils ne sont pas disponibles directement par téléphone à cadran. Les circulaires permettent d'envoyer continuellement des renseignements spécifiques à un groupe cible. On peut se servir des sites Web pour offrir des renseignements aux personnes ayant accès à Internet; ils peuvent compléter les autres moyens de communication sur la santé.

On a décidé qu'il n'était pas nécessaire d'effectuer une analyse de rentabilité de l'incidence sur le système de santé, car l'objectif primaire du service consiste à améliorer l'accès du public; en outre, il n'existe, au Canada, que très peu de données sur le service sur lesquelles fonder cette analyse. On a admis qu'il était essentiel que tout centre d'appel mette en place des systèmes d'aiguillage vers les services locaux et spécialisés et se penche sur les problèmes d'évaluation communs.

Sélection des composantes en matière d'information et d'éducation - Il faudrait offrir des services d'information et d'éducation en ayant recours aux outils les plus appropriés. On devrait choisir le format le plus utile, le plus pratique et le plus rentable, compte tenu du type de renseignements fournis et de la population servie. Parfois, il vaudra mieux communiquer en utilisant des médias imprimés, comme des circulaires, pour cibler un auditoire précis, soit par exemple les personnes âgées qui devraient se faire vacciner contre la grippe.

Le groupe de travail réalise que le public s'attendra peut-être à parler à une personne capable de répondre à ses questions; par conséquent, lorsque des renseignements automatisés sont offerts au téléphone, c'est-à-dire par le biais d'un système automatisé de bandes de bibliothèque ou de messages spécifiques enregistrés, les appelants devraient avoir l'option de parler à une personne si les renseignements automatisés ne répondent pas à leurs questions. Si l'on utilise des bandes, elles devraient être exhaustives et à jour. Les systèmes automatisés devraient être choisis parmi ceux utilisés dans d'autres régions, qui ont fait leurs preuves; ils devraient être compatibles avec d'autres composantes du service (p.ex., logiciel de triage) et d'autres services. En outre, ils devraient faire l'objet d'un examen régulier.

Il faut absolument veiller à ce que toutes les composantes éducatives et le logiciel de triage soient compatibles les uns avec les autres.

Accès et langues - Les appelants pourraient éventuellement avoir accès à la bibliothèque de renseignements en composant le numéro directement ou par l'entremise de l'infirmière ou de l'infirmier de triage. On estime que l'accès téléphonique devrait être offert à tous les résidents de l'Ontario, même lorsqu'ils s'absentent de la province. Les membres ont discuté de la possibilité pour les non-résidents de l'Ontario d'utiliser le service. Bien qu'on ait réalisé qu'initialement le nombre de ces appels sera peu élevé, on a suggéré de mettre en place des modalités permettant de contrôler les appels émanant de non-résidents de façon à pouvoir prendre des mesures pour restreindre les appels aux résidents de la province, le cas échéant.

Dans les régions rurales, le partage des lignes posera des problèmes sur le plan de l'accès et du caractère confidentiel des renseignements. Cependant, en cas de ligne partagée, la confidentialité ne devrait pas avoir d'incidence sur la responsabilité du prestataire du service, car c'est l'appelant(e) qui donne l'appel et qui assume donc le risque. On devrait veiller à ce que les appelants ayant un téléphone à cadran bénéficient du même accès aux systèmes automatisés.

Les services devraient être offerts dans les deux langues officielles au départ; on devrait songer à introduire davantage de langues, au fil du temps.

Service de triage - Composantes

Le service de triage comportera plusieurs composantes. Des membres du personnel, situés dans au

moins un centre d'appel au sein de la province, offriront des services de triage et de consultation aux appelants par le biais du logiciel d'aide à la décision (protocoles cliniques ou algorithmes). Le cas échéant, l'infirmière ou l'infirmier de triage devrait adresser l'appelant(e) à une infirmière ou à un infirmier de santé communautaire, à une travailleuse sociale ou à un travailleur social, à une ligne d'information ou à d'autres services. Le service global devra offrir des services médicaux et être doté de structures administratives et de gestion

Service de triage - Problèmes

Personnel - On a décidé qu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé serait le premier point de contact avec le service et les professionnels responsables du triage. Cette infirmière ou cet infirmier devra avoir reçu une formation en matière de triage téléphonique et avoir, de préférence, acquis une expérience communautaire ou travaillé dans des salles d'urgence. Les membres ont remarqué que, comme il n'y a pas de contact personnel dans le cadre des fonctions de triage téléphonique, les infirmières et les infirmiers devraient également avoir d'excellentes compétences en communication et en relations interpersonnelles. L'infirmière ou l'infirmier suivra les protocoles, mais pourra également faire preuve d'un jugement clinique.

Le groupe de travail s'est demandé si les infirmières et les infirmiers devraient pouvoir rappeler les patients pour effectuer un suivi. On a décidé qu'il ne devrait pas s'agir de modalités courantes et qu'il faudrait élaborer des directives précisant quand il faut rappeler les patients. Ces directives reposeront sur les normes de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Le service devrait avoir à sa disposition une conseillère médicale ou un conseiller médical dont la tâche consisterait à offrir un aperçu médical et des conseils, le cas échéant. En outre, chaque centre d'appel devrait disposer de sa propre structure administrative afin de gérer les problèmes opérationnels et administratifs.

Le groupe de travail a déterminé qu'il faudrait créer un comité consultatif provincial indépendant composé de personnel médical, d'infirmières et d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé dotés d'une expertise dans des domaines pertinents. Ce comité consultatif relèvera du ministère de la Santé et des Soins de longe durée; il participera, entre autres, aux discussions concernant les normes, l'évaluation et les améliorations en matière de services.

Logiciel d'aide à la décision (protocoles et algorithmes) - Les protocoles ou algorithmes (qui constituent en gros le logiciel d'aide à la décision) doivent être compatibles avec les protocoles d'exercice de la médecine au Canada et d'autres normes provinciales pertinentes. Leur contenu doit être exhaustif et il ne doit pas y avoir de lacune sur le plan de l'information. L'homogénéité est primordiale. Les protocoles doivent déboucher sur les mêmes résultats, quel que soit l'utilisateur ou l'endroit. Ils doivent également être souples pour permettre à l'infirmière ou à l'infirmier d'exercer un jugement professionnel lorsqu'elle ou il offre des services de triage et de consultation. Bien qu'il soit plus facile de maintenir un seul système commun, on pourra utiliser plus d'une série de protocoles, à condition que les résultats obtenus soient relativement homogènes. Il est important d'utiliser des protocoles qui ont subi le test du temps et de les adapter au contexte ontarien. L'entretien et la mise à jour devraient représenter des tâches continues.

Gestion des appels - Le service devrait être offert dans un nombre maximum de langues. Il faudra cependant commencer par le français et l'anglais. On devrait prendre les dispositions voulues pour raccorder ce service à une ligne d'information en plusieurs langues, le cas échéant. On devrait également songer à offrir des services dans des langues qui ne sont pas offertes par la ligne d'information linguistique, à distance et même au domicile d'un particulier; on devra utiliser du personnel qualifié et formé. Il faudra tenir compte des différences culturelles, bien qu'elles soient difficiles à identifier au téléphone.

Les renseignements de base doivent être consignés constamment et pourront inclure ce qui suit : sujet, âge et sexe de l'appelant(e), nom de la personne qui a donné les renseignements, renseignements ou conseils demandés, renseignements ou conseils donnés, circonscription de taxe ou collectivité, heure de la journée, durée de l'appel, délai de réponse et langue. Le numéro d'identité ou de la carte Santé de l'appelant(e)permettrait d'effectuer un contrôle et une évaluation du système.

Cependant, il s'agit de renseignements facultatifs que l'appelant(e) est libre de donner ou de ne pas donner. Cependant, la collecte et l'enregistrement de ces renseignements ne doivent pas entraver l'accès de l'appelant(e) aux services de triage.

On devrait demander à l'appelant(e) de répéter les conseils dispensés pour veiller à ce qu'il ou elle les ait bien compris. Ces modalités constitueront une évaluation de l'efficacité immédiate du service fourni.

Il sera souvent nécessaire d'aiguiller l'appelant(e) vers d'autres ressources communautaires ou vers d'autres types de services. Il sera peut-être difficile d'identifier les services offerts à l'échelle locale, car il n'existe pas de source d'information unique. Les membres ont proposé qu'on adopte des critères pour trier les organismes auxquels on adresse les appelants afin d'assurer leur légitimité. Il est également important de connaître les lacunes en matière de services et de trouver d'autres options. Une base de données sur les ressources communautaires serait fort utile à ces fins. On a pensé que le comité consultatif pourrait proposer des critères de sélection pour cette base de données.

Confidentialité - Tous les appels doivent être considérés comme confidentiels; on doit, en outre, assurer la sécurité des données recueillies. Les appelants peuvent rester anonymes s'ils le désirent. En cas d'évaluation, on doit les aviser que les appels sont surveillés par une tierce partie. Lorsqu'il faut obtenir le consentement à la divulgation des renseignements, il faudra peut-être que l'appelant(e) remplisse un formulaire officiel de consentement.

Initialement, certains membres estimaient qu'il était important (à condition d'avoir obtenu le consentement préalable de l'appelant(e)) de faire une rétroaction à propos des renseignements clés auprès du fournisseur de soins primaires. Cependant, dans le cadre de discussions ultérieures, de nombreux membres ont estimé que ces modalités n'étaient **pas** souhaitables du point de vue du médecin ou des patients, et qu'elles ne faisaient pas partie intégrante du service d'éducation et de triage. La collecte de renseignements sur les appels et les appelants devrait également permettre de dresser un dossier de santé complet; il s'agit d'une mesure vitale, compte tenu de l'intégration de plus en plus poussée des systèmes. Ces modalités s'appliqueraient davantage à un modèle comportant une composante de gestion des cas.

Évaluation - On a décidé qu'il n'était pas nécessaire d'entreprendre un projet pilote pour tester le service de triage et de consultation en télémédecine, car on sait que des systèmes similaires sont concluants dans d'autres compétences. Cependant, le service pourrait être introduit graduellement et doté d'un mécanisme d'évaluation sur lequel reposeraient des phases de mise en œuvre ultérieures.

Le service devrait inclure un processus d'évaluation quantitative et qualitative permanent qui soit transparent, intégré au service et introduit graduellement. Dans le cadre de cette évaluation, on devrait introduire un programme d'amélioration continue de la qualité. Les évaluations devraient être effectuées de façon interne de même que par une tierce partie. L'engagement envers le changement, compte tenu des résultats de l'évaluation, devrait faire partie du contrat conclu avec le fournisseur du service.

Les composantes suivantes devraient également faire partie de l'évaluation : résultats cliniques, financiers et systémiques, satisfaction des usagers, améliorations en matière d'accès, réduction de l'utilisation des salles d'urgence en cas de situations ne présentant pas un danger pour la vie et examen des conseils dispensés aux appelants. Lorsque les conseils donnés diffèrent de ceux contenus dans le protocole utilisé, il faudra expliquer pourquoi on a adopté cette approche. Le logiciel devrait être doté de la capacité de consigner tout écart par rapport aux protocoles et, le cas échéant, de passer d'un protocole à l'autre. Si l'on pouvait déterminer dans quelle mesure les appelants se conforment aux recommandations, on devrait pouvoir optimiser le service et améliorer éventuellement les résultats attendus.

On demandera aux organismes de réglementation de participer à l'évaluation du service, car le personnel devra respecter les normes de pratique de l'organisme de réglementation pertinent.

Les centres d'appel connaissent d'habitude des périodes de haut volume. Durant les heures où le volume est plus faible, le personnel pourra s'acquitter, entre autres, des tâches suivantes : amélioration constante de la qualité, documentation et tâches similaires.

PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES

Le centre d'appel pourra également jouer un rôle important en matière de prévention et de gestion des maladies. Les services facultatifs pourraient inclure, dans le cas de la gestion des maladies, les conditions suivantes : asthme, diabète et hypertension. Quant à la prévention des maladies, il pourrait s'agir des services suivants : aiguillage pour la vaccination contre la grippe ou mammographies. Enfin, sur le plan de la recherche, les services facultatifs pourraient être les suivants : suivi des essais cliniques. Ces services pourraient être offerts par le secteur public ou en collaboration avec des organismes du secteur privé.

Le groupe s'est demandé si ces services ne risquent pas de faire double emploi avec d'autres services de santé publique. On devrait ainsi veiller tout particulièrement à améliorer les services plutôt qu'à les reproduire, surtout lorsqu'il s'agit de services de soins primaires. Le groupe estime que ces types de services pourraient s'avérer bénéfiques dans des régions dépourvues de services particuliers et dans celles où vivent des groupes démographiques spéciaux. Tous les services offerts devraient respecter les principes énoncés s'appliquant au service de télémédecine.

Le groupe a discuté de la possibilité d'offrir des services de sensibilisation en matière de promotion de la santé lorsque le volume des appels est bas au service de triage. Le groupe a décidé qu'il devrait probablement s'agir d'un service distinct et d'un engagement à plein temps afin d'éviter tout conflit éventuel en matière de ressources entre les deux services. On a remarqué que l'on ne devrait pas incorporer délibérément au modèle une capacité excédentaire. Les services de prévention et de gestion des maladies devraient être bien planifiés et introduits graduellement là où ils sont nécessaires en premier lieu.

Le groupe a réalisé qu'il serait possible d'établir des partenariats producteurs de recettes permettant de compenser le coût de l'infrastructure. Si l'on songe à établir des partenariats avec le secteur privé, on devrait veiller à éviter tout conflit d'intérêts et tout problème d'ordre éthique touchant l'aval donné à un produit. Il faudra traiter de toutes les facettes de la gestion des maladies et de la promotion de la santé par le biais, par exemple, d'exercices et de régime alimentaire.

Citons, au nombre des autres problèmes, ce qui suit : nombreux appels non sollicités pouvant incommoder les usagers et appels donnés à des particuliers sur des lignes partagées pouvant poser un problème en matière de confidentialité des renseignements.

SOMMAIRE DES DISCUSSIONS SUR LES NORMES

La qualité et l'efficacité du service de télémédecine sera, en partie, fonction des normes utilisées dans le contrat conclu avec le fournisseur de services. Il est donc primordial d'identifier et de fixer des normes qui soient claires, réalisables et exhaustives. Le groupe de travail a discuté de toute une série de questions nécessitant l'imposition de normes. Elles figurent sous la rubrique Structure, processus et résultats.

Comme il existe déjà de nombreux services de triage téléphonique dans d'autres juridictions, le groupe de travail a pu se pencher sur les normes existantes et s'en servir dans le cadre de ses discussions. Il les a comparées au contexte ontarien pour déterminer si elles convenaient. La série la plus exhaustive de normes à la disposition du groupe de travail provenait de l'American Accreditation Healthcare Commission/URAC (URAC), qui vient tout juste de concevoir des normes d'accréditation pour un service de triage téléphonique et d'information sur la santé ouvert 24 heures par jour (**annexe IV**). Au moins quatre services ont été accrédités par l'URAC et de nombreux autres ont des applications en cours.

Outre l'utilisation des normes de l'URAC, le groupe de travail a examiné le document de consultation de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario sur les Normes pour les soins infirmiers téléphoniques (annexe V) de même que les normes de pratique et d'administration des services infirmiers téléphoniques de l'American Academy of Ambulatory Care Nursing (AAACN) (voir adresse à l'annexe VI). Comme le(s) centre(s) d'appel offrant les services de télémédecine sera (seront) situé (s) en Ontario, on présume que les infirmières et les infirmiers qui offriront le service devront respecter les normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Bien que les normes techniques transcendent la portée des travaux du groupe de travail, ce dernier a réalisé qu'il faudra en élaborer avant de mettre le service en œuvre. Certains membres du groupe de travail estiment que le groupe devrait participer aux travaux d'élaboration des normes techniques.

STRUCTURE

Comité consultatif

De nombreux services d'information sur la santé et de triage sont dirigés par un comité consultatif composé de professionnels de la santé ayant une expertise dans des domaines pertinents. Par conséquent, on a considéré qu'il était vital de discuter du rôle éventuel et des fonctions d'un comité consultatif dans le contexte ontarien. Le groupe s'est demandé s'il fallait créer un comité à l'échelle de la province ou pour chaque centre d'appel (au cas où l'on décide d'en créer plusieurs).

Les membres ont décidé qu'il ne fallait créer qu'un seul comité consultatif pour toute la province et non pas un comité par centre d'appel. En outre, ils ont opté pour l'établissement de sous-comités à qui il incombera de résoudre des problèmes spécifiques au fur et à mesure où ils se produiront. Le groupe a cependant constaté que les services régionaux pourraient également être dotés de comités consultatifs qui seraient chargés d'offrir des conseils sur les problèmes locaux.

Dans le cadre des discussions sur les rôles et les fonctions éventuels, le groupe de travail a conclu qu'un comité consultatif provincial jouerait un rôle important en matière de prestation de conseils au ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les normes, l'assurance-qualité, le financement, les problèmes d'ordre éthique, technique et scientifique et l'évaluation des services. Le groupe a décidé que les fonctions susmentionnées représenteraient les fonctions principales du comité consultatif et qu'il vaudrait mieux que la gestion et la prestation de services soient confiées à un (ou plusieurs) organisme(s).

Le comité consultatif pourra participer au processus de demande de propositions, sans toutefois pouvoir participer au choix du fournisseur.

Les membres ont remarqué que le comité consultatif devrait être indépendant et financé directement par le gouvernement. Le comité consultatif devrait disposer de son propre financement et personnel de façon à ne pas ressentir l'incidence de toute réduction du financement et des ressources auquel un autre organisme pourrait être assujetti.

Les membres ont proposé une représentation équilibrée des groupes suivants au sein du comité consultatif : infirmières et infirmiers, médecins et autres professionnels représentant un large éventail d'intérêts sur le plan de la santé (p.ex., santé mentale, travail social et usagers), de même que des personnes dotées de compétences techniques et en assurance-qualité. Le groupe de travail a proposé que le(s) fournisseur(s) du service siège(nt) au comité consultatif, mais sans droit de vote. Outre leurs compétences spécifiques, les membres devraient être choisis de façon à assurer une représentation régionale et communautaire, le cas échéant.

Pour faciliter ses responsabilités en matière de conseils dispensés sur l'évaluation du (des) service(s) de télémédecine, on a remarqué qu'il était essentiel de veiller à ce que le comité consultatif ait accès à tous les renseignements globaux du centre d'appel, aux politiques, etc.

Gestion et administration

Il est possible d'offrir un service d'éducation, de triage et de consultation en télémédecine à partir d'un seul centre d'appel. Certains membres préconisaient cette option, car elle permet de réaliser des économies d'échelle. D'autres préféraient que ce service soit offert à partir d'au moins deux centres, si ce n'est plus, afin d'offrir des services de relève en cas d'urgence.

Si l'on décide de créer plus d'un centre d'appel dans la province, le groupe de travail a indiqué que la structure de gestion pourrait varier d'un centre à l'autre. Le modèle de gestion pourrait être institutionnel ou communautaire. En outre, il pourrait s'agir d'un service unique ou d'une composante d'un service de santé existant comme un centre hospitalier ou un autre organisme de transfert de paiement. Le financement ne fera pas partie d'un budget global si ce service est assuré par une institution.

Dans le cadre des discussions sur la structure de gestion d'un service de télémédecine, le groupe a réalisé que la pertinence de la structure de gestion dépendrait en grande partie de l'existence d'un ou de plusieurs prestataires de logiciel d'aide à la décision ou de services, à long terme. Le groupe a décidé qu'il faudrait élaborer à la fois des stratégies à court terme et à plus long terme.

Le groupe n'a pas pris de décision sur le choix d'un seul fournisseur de logiciel ou prestataire de services. Les questions fondamentales portaient sur l'uniformité alliée à l'excellence des services, la capacité d'interface entre les sites et l'intégration de normes provinciales à la prestation de services. Toute décision future devrait reposer sur une évaluation comparative des différents services en Ontario (p.ex., projet pilote de réforme des soins primaires, service de triage téléphonique dans le Nord de l'Ontario et service provincial de télémédecine); on devrait en outre examiner les résultats pertinents des évaluations de même que d'autres renseignements provenant d'autres juridictions. Le cadre d'évaluation devrait être conçu par des intervenants clés, y compris des infirmières et des infirmiers, des médecins et d'autres professionnels de la santé représentant toute une gamme d'intérêts en matière de santé (p.ex., santé mentale, travail social et usagers) de même que des personnes dotées des compétences techniques et en assurance-qualité; ces intervenants devraient être approuvés par le comité consultatif.

Questions professionnelles

Dans le cadre de la conception d'un cadre pour le service d'information sur la santé et de triage téléphonique, il est essentiel de décrire clairement les qualifications et le rôle du personnel responsable de la prestation de ce service. Dans la plupart des juridictions utilisant ce service, ce dernier est offert par des infirmières et des infirmiers autorisés; une directrice médicale ou un directeur médical sert de consultant(e). Dans le cadre de ses délibérations, le groupe de travail a décidé que le service serait offert par des infirmières et des infirmiers autorisés et qu'il fallait que ces derniers bénéficient du soutien de médecins.

Les membres n'étaient pas tous d'accord avec la politique de l'URAC voulant qu'un médecin exerce une surveillance clinique sur le personnel et les fonctions cliniques. Les membres estimaient tous que le soutien d'un médecin s'imposait pour les fonctions comme l'examen des protocoles et l'évaluation du service; cependant, selon eux, le médecin n'avait pas de rôle à jouer en matière de décisions touchant les patients. Comme le service effectue un triage en fonction des symptômes, il n'y a pas d'intervention directe ou de rapports entre patient et médecin. Lorsque des conseils médicaux s'imposent, l'infirmière ou l'infirmier de triage adressera les appelants à un médecin ou à une salle d'urgence et fera toujours preuve de prudence. Par conséquent, il ne sera pas nécessaire d'assurer un soutien médical en tout temps et ce service n'aura pas besoin d'être situé sur place.

On a longuement discuté de la responsabilité de la surveillance clinique du personnel clinique. À l'issue de longues discussions, on a décidé que le service de triage devrait disposer d'une conseillère ou d'un conseiller en soins infirmiers qualifié(e) responsable de la prestation d'un soutien en matière de soins infirmiers et de conseils.

Le groupe de travail a décidé que tout le personnel clinique et non clinique devrait avoir une description de tâches par écrit; en outre, on effectuera des évaluations des qualifications et du rendement de ce personnel. Le programme sera doté d'un processus permettant de vérifier et de revérifier les permis et l'accréditation, le cas échéant, de tout le personnel clinique.

Le groupe de travail a également décidé qu'il fallait préparer des organigrammes par écrit indiquant les axes de responsabilité et de communication entre tous les membres de l'équipe de soins de santé. La structure organisationnelle devrait inclure l'équipe interdisciplinaire et pourra inclura, sans y être limitée, une conseillère médicale ou un conseiller médical, une conseillère ou un conseiller en soins infirmiers, une éducatrice ou un éducateur en soins infirmiers, des infirmières et infirmiers préposés au service téléphonique ou du personnel de soutien. L'administratrice ou l'administrateur en chef du service devrait avoir des compétences en gestion opérationnelle. Il n'est pas nécessaire qu'elle ou il ait une expérience en soins de santé.

Le groupe de travail a décidé que les infirmières ou les infirmiers préposé(e)s au service téléphonique devraient avoir les connaissances et les compétences voulues leur permettant d'offrir des soins et des services infirmiers téléphoniques de façon sûre et efficace. Il a, par ailleurs, décidé que la personne chargée du triage devrait être une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé reconnu(e) par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Selon le groupe de travail, les infirmières et infirmiers autorisés utiliseront le processus de soins infirmiers comme cadre permettant d'offrir des soins de santé par le biais de discussions téléphoniques avec les patients et leurs familles, dans le respect des normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Le groupe a déclaré qu'il était essentiel d'assurer un perfectionnement professionnel continu.

On a longuement discuté de la question suivante : est-ce que c'est une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou un autre professionnel de la santé dûment formé et réglementé qui devrait être la première personne qui répond à un patient? Le groupe a réalisé que ce ne serait pas toujours possible, par exemple durant les périodes de pointe. Une option consisterait à transférer l'appel automatiquement à d'autres sites, si c'est possible. Si une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ne peut pas répondre immédiatement à l'appel, certains membres pensaient qu'il serait préférable de demander à un autre membre du personnel de soutien ayant reçu une formation médicale d'y répondre plutôt que de brancher l'appelant(e) sur un message automatisé. On a discuté brièvement de la possibilité d'avoir recours à des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés pour offrir des renseignements sur la santé non liés au service de triage; le groupe a décidé que des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés ayant reçu une formation appropriée pourraient assumer la responsabilité de la composante d'information sur la santé.

En général, le groupe est tombé d'accord sur les normes concernant le cadre de travail du centre d'appel. Selon les membres du groupe, les normes ontariennes de santé et de sécurité au travail s'appliqueront parfaitement.

Documentation

Le groupe de travail a appuyé les recommandations de l'URAC voulant que les renseignements recueillis soient limités à ceux nécessaires pour les fonctions de triage et d'information sur la santé; en outre, le service devra adopter des politiques et des modalités, dont les suivantes : documentation des appels, appelants anonymes, abus et interruption ou élimination du service en raison de facteurs internes ou externes (p.ex., problèmes téléphoniques ou météorologiques).

Le groupe de travail a insisté sur plusieurs points dont il a été question au cours des discussions antérieures. Les données documentées doivent inclure l'âge et le sexe de l'appelant(e), le nom de la personne qui a donné les renseignements et les liens avec le patient ou la patiente, le nom du patient ou de la patiente, l'origine de l'appel (circonscription de taxe ou collectivité), l'heure, la durée de l'appel, le délai de réponse et la langue. Il est essentiel de consigner les conseils dispensés qui diffèrent de ceux figurant dans le protocole et les raisons de cette divergence.

Les renseignements supplémentaires que l'on peut recueillir, en fonction du motif de l'appel, figurent dans le document de discussion de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Il s'agit, entre autres, des renseignements suivants : respiration, niveau de conscience, préoccupations de l'appelant(e) et motif de l'appel (y compris les antécédents de problèmes, les signes et les symptômes), allergies, antécédents médicaux, médicaments pris à l'heure actuelle et nom du médecin, le cas échéant.

Il serait approprié d'obtenir des renseignements qui permettent d'identifier l'appelant(e) (à moins que

cette dernière ou ce dernier ne souhaite rester anonyme). On pourrait ainsi constituer une base de données et recueillir des renseignements sur les antécédents. Il serait également idéal d'obtenir des renseignements sur le numéro de carte Santé. Cependant, le téléchargement des renseignements actuels sur les cartes Santé dans le système n'est pas envisagé à l'heure actuelle. On a proposé, même si l'identification par le numéro de carte Santé est facultative, de prendre des dispositions immédiatement pour permettre au système d'accepter ces renseignements, quitte à ce que la mise en œuvre ne se fasse que plus tard.

Les membres du groupe ont décidé que la documentation des appels devrait se faire électroniquement, avec la possibilité d'avoir recours au système manuel en cas de panne du système. Ils ont également mentionné qu'il serait utile que le numéro de l'appelant(e) soit affiché pour faire face aux situations d'urgence ou simplement pour prendre note de la circonscription de taxe d'où émane l'appel.

Ils ont remarqué qu'il était essentiel de documenter, au moins une fois par an, l'examen, l'évaluation et la mise à jour des outils d'aide à la décision clinique (en collaboration avec des médecins exerçant leur profession et d'autres prestataires de services dotés des connaissances voulues sur le plan des outils d'appui à la décision clinique). Les membres ont indiqué que les infirmières et les infirmiers auxiliaires responsables des services téléphoniques pourraient participer aux recherches sur les systèmes cliniques et de santé.

Les renseignements recueillis devraient servir à identifier les améliorations que l'on doit apporter aux protocoles et à surveiller le processus de prestation des soins infirmiers.

Les membres ont discuté des questions concernant les prestataires de services, les fournisseurs ou les logiciels uniques ou multiples de même que de la possibilité de partager des renseignements entre les centres d'appel et avec d'autres centres de soins de santé. Les membres ont remarqué que nombre de ces décisions seront fonction des facteurs suivants : loi sur la protection de la vie privée, modèle(s) de services choisi(s), niveaux de financement, capacité technologique, etc.

Le logiciel doit être capable de regrouper les données et d'effectuer des recherches en fonction de critères précis; on a cependant admis que les rapports courants devraient être restreints aux renseignements permettant d'effectuer un contrôle et une évaluation. Bien que les membres aient jugé utile de pouvoir comparer le suivi aux conseils dispensés, ils ne sont pas parvenus à trouver de système leur permettant de le faire, outre le fait de cerner le problème comme critère d'évaluation. Les membres ont reconnu que, bien que les sites du projet pilote de réforme des soins primaires pourront créer et contrôler un modèle de service faisant le lien directement avec le médecin, d'autres modèles de plus grande envergure ou projets pilotes ne seront probablement pas dotés de cette capacité.

Confidentialité

La confidentialité des renseignements sur la santé est primordiale dans le cadre de la prestation des services de santé. On a adopté des règlements et des normes s'appliquant aux services plus traditionnels qui permettent de résoudre ce problème. Compte tenu de la nature unique des services de télémédecine (c'est-à-dire des services assurés au téléphone ou par gestion électronique de données), il faudra éventuellement prendre d'autres mesures pour veiller à assurer la protection de la vie privée des patients. C'est pourquoi le groupe de travail a estimé que les appelants devraient pouvoir rester anonymes s'ils le désirent; on doit, en outre, les informer au cas où une tierce partie surveille les appels aux fins de l'assurance-qualité ou de l'évaluation. Il faudra obtenir un consentement à la divulgation des renseignements avant de faire une rétroaction au fournisseur de soins primaires ou à d'autres fins. Le service doit respecter les normes des ordres professionnels et d'autres établissements de santé; en outre, les dossiers doivent être conservés dans un endroit sécuritaire.

Les membres ont accepté de n'utiliser les renseignements qu'aux fins de l'exécution des activités cliniques ou de l'administration d'autres services au sein de l'organisme de santé (c'est-à-dire le triage, les renseignements sur la santé, la gestion de la demande, la gestion des maladies, la gestion de la qualité et la gestion de l'utilisation). Les renseignements ne seront partagés qu'avec les entités

ou les particuliers ne faisant pas partie de l'organisme qui peuvent, de par contrat ou de façon statutaire, recevoir ces renseignements ou qui y sont autorisés en vertu d'autorisations spéciales; ces renseignements ne peuvent être partagés qu'avec le personnel clinique et non clinique de l'organisme qui a besoin d'y avoir accès pour mettre en œuvre les activités susmentionnées. Certains membres se sont demandés si les renseignements devraient être disponibles à des fins de recherche; cependant, le groupe a estimé que la portée des normes préalables permet d'englober les activités de recherche. On a constaté que, dans le cadre des recherches externes, on a en général recours à des données rendues anonymes et agrégées.

Contrôle et évaluation

Le contrôle et l'évaluation continus seront des composantes clés de tout service de télémédecine; ces fonctions permettront de déterminer si le service réalise les objectifs fixés. Cette responsabilité incombera au comité consultatif provincial. Outre les examens internes, on devra intégrer une évaluation quantitative et qualitative au service, effectuée par des tiers. Les membres du groupe de travail ont indiqué qu'en cas de surveillance du personnel, le processus devrait être transparent et le personnel devrait savoir que cette surveillance a lieu avant qu'elle ne se produise.

Le groupe a convenu qu'il fallait mettre en œuvre un programme continu d'amélioration de la qualité. Les infirmières et infirmiers chefs de file, responsables des services téléphoniques, devraient participer aux programmes d'amélioration de la qualité et identifier et appliquer les repères actuels sur le plan de la pratique des soins infirmiers téléphoniques aux objectifs et attentes organisationnels. Les résultats, l'observation des recommandations des infirmières et des infirmiers, la satisfaction de la clientèle, l'examen des conseils donnés aux appelants et la réduction de l'utilisation des salles d'urgence dans le cas de conditions ne constituant pas une menace pour la vie, sont tous des exemples de mesures du rendement qui devraient, selon les membres, être surveillés et évalués.

Les membres ont également convenu qu'il faudrait mettre en place un mécanisme et un processus permettant de surveiller, de mesurer et d'évaluer constamment, et au moins une fois par mois, tous les appels d'information sur la santé et de triage, y compris, au minimum, le taux moyen de blocage (signal occupé), le délai moyen de réponse aux appels par une personne et le taux d'abandon moyen. La surveillance objective, constante et systématique du programme de gestion de la qualité des services de triage et d'information sur la santé devrait faire l'objet d'une documentation; par ailleurs, les modalités et les politiques devraient être mises à jour et évaluées au moins une fois par année.

Voici les autres renseignements qui devraient être inclus : les objectifs et les méthodes de contrôle et d'évaluation des activités cliniques, y compris la documentation, les enquêtes sur les plaintes et la tenue de dossiers à ce sujet, afin de cerner les tendances; la mise en œuvre des plans d'action permettant d'améliorer ou de résoudre les problèmes dégagés; les processus de communication des plans d'action au personnel clinique et non clinique; et l'élaboration d'un plan annuel d'amélioration de la qualité. On devrait également adopter un système de contrôle de tous les appels de triage et publier des rapports sur le règlement de ces appels.

Comme le service de télémédecine pour toute la province de l'Ontario représentera un projet d'envergure, il est possible que des fournisseurs éventuels forment des consortiums ou signent des contrats avec d'autres fournisseurs. Les membres ont indiqué qu'en cas de sous-traitance de certaines fonctions, l'entrepreneur devrait signer un contrat avec le(s) sous-traitant(s) pour veiller au respect des normes de rendement. De cette façon les axes de responsabilité seront clairs; en outre, ces modalités permettront de garantir une certaine protection lorsqu'il existe plus d'un fournisseur de service; la responsabilité finale incombera donc au fournisseur ou à l'entrepreneur principal.

RÉSULTATS

Le service devrait toujours être d'excellente qualité, compte tenu du programme d'assurance-qualité. La satisfaction de la clientèle et l'atténuation de l'inquiétude due aux symptômes devraient être deux conséquences directes. Le nombre d'appelants devrait augmenter rapidement au début, au fur et à mesure que le public prend connaissance du service, puis devrait se stabiliser, car la composante d'éducation sur la santé devrait permettre aux particuliers d'améliorer leur capacité et leur confiance

en matière de soins personnels. On pourra mesurer ces résultats par le biais d'enquêtes effectuées auprès des nouveaux appelants et de ceux qui rappellent.

Les tendances en matière d'utilisation des services de soins d'urgence et primaires devraient changer. Il est possible que le nombre de visites ne diminue pas; cependant, le motif des visites devrait, lui, changer pour tenir compte de l'utilisation plus appropriée de ces services.

Accessibilité/Gestion des appels

L'accès du public au service et la rapidité avec laquelle les appelants communiquent avec l'infirmière ou l'infirmier de triage influeront énormément sur la satisfaction du public et l'utilisation du service. Ces résultats seront mesurés grâce à un contrôle et à une évaluation continus des appels pour savoir si le service respecte les normes établies. Les normes de gestion des appels et d'accessibilité du service devraient porter sur les points suivants : délai de réponse; rapidité avec laquelle on rappelle les appelants; et pourcentage acceptable d'appels abandonnés ou de signal occupé. Dans une certaine mesure, ces variables seront influencées par le niveau de financement alloué à ce service.

Le groupe de travail n'a pas discuté des critères utilisés dans d'autres juridictions. Après avoir décidé que la première personne qui répond à l'appel devrait être une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé, dans la mesure du possible, les membres étaient prêts à accepter les normes de l'URAC précisant que le délai moyen de réponse par une personne devrait être au maximum de 30 secondes et que le transfert au personnel clinique devrait s'effectuer dans les 30 secondes, Par ailleurs, certains membres étaient en faveur des normes adoptées par le Nouveau-Brunswick qui prévoient une réponse à 85 % des appels dans un délai de 100 secondes. Les membres ont décidé que bien qu'il soit difficile de déterminer les normes appropriées au début, on devrait quand même fixer des normes de base et les surveiller pour mesurer leur efficacité.

L'accès immédiat aux services cliniques est le résultat souhaité. Lorsque le volume des appels est élevé et si les appelants décident de laisser un message, l'URAC et le Nouveau-Brunswick exigent qu'un membre du personnel clinique rappelle l'appelant(e) dans les 30 minutes. Le groupe de travail s'est déclaré satisfait de cette norme. Le groupe a par la suite examiné les taux d'abandon ou de blocage (signal occupé) de 5 à 10 % (URAC et Nouveau-Brunswick); certains membres ont trouvé que le taux de 10 % était trop élevé.

Bien qu'il préfère qu'une personne réponde aux appels, le groupe de travail a accepté, lorsque l'appelant(e) ne peut pas avoir une personne au bout du fil dans les délais fixés, qu'un message enregistré demande à l'appelant(e) de raccrocher et de composer le 911 ou le numéro des services d'urgence locaux, si la situation, selon l'appelant(e), est de nature urgente. Quant aux appelants dont la situation n'est pas urgente, on leur demandera de rester en ligne jusqu'à ce qu'une infirmière ou un infirmier de triage puisse prendre leur appel ou de laisser un message à l'intention de cette infirmière ou de cet infirmier.

Compatibilité entre les systèmes

S'il y a plus d'un fournisseur de services ou centre d'appel ou plus d'une série de protocoles ou d'algorithmes, on devra prendre des mesures pour veiller à ce que toutes les composantes du service soient compatibles les unes avec les autres. Le groupe de travail a constaté qu'il faut absolument s'assurer que les interfaces électroniques soient compatibles et à ce que la prestation des services se fasse de façon homogène d'une région à l'autre. Les membres du groupe de travail ont remarqué que le service devrait être compatible avec les services locaux existants et d'autres lignes de télésoins comme le 911, le centre antipoison, les salles d'urgence de la localité et les établissements éducatifs.

Sélection du logiciel d'aide à la décision

Le groupe de travail a discuté des critères de sélection du logiciel et des avantages et des inconvénients de l'existence de plus d'une série de protocoles et d'algorithmes. On a demandé au groupe de travail de recommander si l'on devrait choisir un ou plusieurs fournisseurs d'outils de

soutien au logiciel d'aide à la décision pour toute la province. Voici les avantages d'un seul fournisseur : logiciel constant, compatibilité des données entre les centres d'appel, axes de responsabilité plus clairs et marché du travail concentré pour les infirmières et les infirmiers autorisés à proximité du (ou des) centre(s) d'appel. Les membres ont remarqué qu'il serait peut-être bon de tester différents logiciels de façon expérimentale ou autre avant de choisir celui qui conviendrait le mieux au service provincial.

Les membres estiment que le comité consultatif provincial devrait participer au processus de demande de propositions et devrait, pas exemple, donner des conseils sur les critères appropriés; cependant, ce comité ne devrait pas participer à l'examen des propositions et au choix du fournisseur. Le groupe de travail a préparé une série de questions permettant d'obtenir des fournisseurs des renseignements sur la méthode qu'ils emploieraient pour se conformer aux normes et aux critères concernant le logiciel. (Voir **CRITÈRES DE SÉLECTION DU LOGICIEL D'AIDE À LA DÉCISION**)

PROBLÈMES DE MISE EN OEUVRE

Les membres ont discuté brièvement de la mise en œuvre d'un service provincial de télémédecine sans frais d'interurbain sous l'angle de la coordination entre les prestataires de services, au cas où l'on opte pour plus d'un centre d'appel. Il faudra songer à établir des liens avec les réseaux de réforme des soins primaires et à assurer une coordination entre les services actuels.

CRITÈRES DE SÉLECTION DU LOGICIEL D'AIDE À LA DÉCISION

Voici une liste de questions visant à identifier les critères que l'on pourrait utiliser pour choisir le logiciel d'aide à la décision.

1. Quel processus avez-vous utilisé pour veiller à ce que le logiciel d'aide à la décision soit fondé sur l'expérience?

2. Comment veillerez-vous à assurer l'exhaustivité du contenu du logiciel d'aide à la décision, sans qu'il n'y ait de lacunes sur le plan des renseignements?

   Prouvez que la liste de votre protocole s'est allongée au cours des cinq dernières années.

3. Comment vous assurerez-vous que le logiciel d'aide à la décision puisse s'appliquer sur le plan clinique en Ontario?

4. Comment veillerez-vous à ce que le service offert soit conforme aux normes et lignes directrices professionnelles en Ontario?

5. Quelle est la souplesse de votre logiciel d'aide à la décision et comment permet-il au personnel infirmier de faire preuve de jugement professionnel?

6. Fréquence à laquelle vous vous attendez à ce que les différents usagers du logiciel d'aide à la décision en arrivent à la même conclusion?

   Donnez des précisions.

7. Quel est le processus et à quels intervalles proposez-vous d'examiner, d'évaluer et de modifier le logiciel d'aide à la décision?

8. Quelles mesures avez-vous prises pour valider sur le plan clinique votre logiciel d'aide à la décision?

Preuves expliquant comment les travaux de recherche ont été menés (p.ex., utilisation de systèmes de contrôle, analyse externe, avis de spécialistes). Qui a examiné votre logiciel (p.ex., universitaires, infirmières et infirmiers de triage, fournisseurs de soins primaires, spécialistes).

Quel est le rôle du personnel infirmier au sein de ce processus?

9. Comment assurerez-vous la confidentialité, la sécurité et l'entreposage appropriés des données?

10. Votre logiciel d'aide à la décision inclut-il une philosophie portant sur les soins auto-administrés et sur l'éducation?

    Pouvez-vous expliquer le lien qui existe entre le logiciel d'aide à la décision et les renseignements que votre service offrira en matière de santé et de soins auto-administrés?

11. Quelle est la capacité d'accumulation de données de votre logiciel et sa capacité en matière de rapports?
    Peut-on effectuer une recherche en fonction d'éléments de données individuels ou en fonction de combinaisons uniques de données?

12. L'achat, la location ou toute autre utilisation contractuelle du logiciel incluent-ils la propriété de toutes les données et le droit d'utiliser ou de publier les résultats de l'évaluation et des recherches?

13. Comment comptez-vous modifier le logiciel suite aux études faites par l'acheteur ou le locateur?

14. Êtes-vous prêt à adapter le logiciel au contexte canadien?

15. Quelles normes d'assurance-qualité avez-vous établies ou proposez-vous d'établir pour assurer le contrôle de l'utilisation du logiciel d'aide à la décision ou sa conformité?

16. Quelle est la documentation qui s'impose lorsque le personnel infirmier ne suit pas les modalités du logiciel d'aide à la décision?

17. Quelles améliorations cliniques prévoyez-vous comme suite à l'utilisation du logiciel d'aide à la décision (p.ex., amélioration de l'accès aux système de soins de santé, utilisation plus appropriée des services d'urgence)?

18. Comment utiliserez-vous le lien entre le logiciel d'aide à la décision et les services spécialisés comme la ligne du centre antipoison et celle sur le SIDA?

19. Comment pourrait-on élargir la portée du logiciel pour inclure d'autres services comme la santé mentale ou la gestion des maladies, à une date ultérieure?

20. Quels travaux de développement de produits avez-vous entrepris pour veiller à ce que votre produit reste à l'avant-garde des progrès et des innovations technologiques?

21. Dans quelles langues votre logiciel est-il disponible?

22. Sur quels « systèmes » votre logiciel fonctionne-t-il et avec lesquels est-il compatible?
    Quelles sont les composantes brevetées et quelles sont celles qui sont normalisées?

23. Expliquez la viabilité de votre système et sa capacité d'expansion.

24. Avez-vous prévu un programme de formation du personnel portant sur votre logiciel d'aide à la décision?

25. Quel est le temps d'indisponibilité prévu du système?
Donnez des exemples de pannes qui se sont produites au sein de systèmes actuels.

26. Quels sont les renseignements que le système enregistre durant un appel de triage?
Le système est-il doté d'une capacité interne de documentation des réponses libres (p.ex., celles qui ne correspondent pas au protocole)?

▲ Haut

Annexe I

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA TÉLÉMÉDECINE

Liste des membres :

Mary Beth Valentine	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (présidente)
Jean Bickle	Consultante indépendante en santé
Dr Ed Brown	Médecin de salle d'urgence
Karin Eisen	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
Dr Brian Gamble	Médecin de famille
Doris Grinspun *suppléante* - Jacqueline Choiniere	Registered Nurses Association of Ontario
Louise Jeaurond	Bureau de santé de l'Est de l'Ontario
Dr Ed Lemaire	Centre de réadaptation
Gloria Lynn *suppléante* - Barbara Conlon	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Marcia Macks *suppléante* - Cheri Vigar	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Mary MacLeod	Association des sciences de la santé de Hamilton
Dr David Mathies	Médecin de famille
Dr Michael McGuigan	Hôpital pour enfants malades
Diane McLeod	Infirmières de l'Ordre de Victoria
Barbara Mildon	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Louise Pitre	London Health Sciences
Jackie Redmond *suppléante* - Sandra Golding	Comté de Hastings et Prince Edward, Centre d'accès aux soins communautaires
Carol Sargo	Centre de santé communautaire de Hamilton Nord
Judy Shanks	Association canadienne pour la santé mentale
Dr Jack Williams	Institut des sciences de l'évaluation

suppléante - Virginia Flintoft	clinique
Soutien :	
Jim Wrigley	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Kathy Clarke	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

▲ HAUT

Annexe II

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA TÉLÉMÉDECINE - MANDAT

Avant de créer le Groupe de travail sur la télémédecine, le ministère de la Santé a conçu le mandat suivant.

Historique

On reconnaît de plus en plus les effets bienfaiteurs des services de télémédecine et la nécessité pour le gouvernement d'élaborer des politiques en la matière. Il existe toute une série de services de télémédecine à la disposition du public (p.ex., les services offerts par des compagnies privées s'accompagnant de droits d'usager, par des organismes du secteur parapublic comme les hôpitaux ou des organismes communautaires et par des employeurs qui ont confié en sous-traitance les services de télémédecine à des compagnies de gestion des services de santé). En outre, dans le cadre de la réforme des soins primaires, on inclura des conseils téléphoniques dispensés après les heures aux patients des cinq sites figurant sur les listes.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de normes, de lignes directrices ou de critères de qualité de base s'appliquant à l'exploitation de services de télémédecine en Ontario; l'absence de ces normes a une incidence sur l'intérêt public. Pour protéger les intérêts du public et asseoir la responsabilité en matière de financement et d'évaluation des nouvelles initiatives, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a créé un Groupe de travail sur la télémédecine dont la mission consistera à offrir des conseils au ministère et à participer à la prise de décision en matière de politiques gouvernementales au cours des mois à venir.

Objectifs du groupe de travail

Le Groupe de travail sur la télémédecine donnera des conseils sur les politiques requises dans le cadre de la mise en œuvre et de l'exploitation d'un service efficace de télémédecine provincial, soit, en particulier, sur ce qui suit :

composantes d'un service efficace d'éducation et de triage en matière de télémédecine; critères de sélection de protocoles ou d'algorithmes normes, lignes directrices et règlements provinciaux, y compris :

- normes de soins infirmiers téléphoniques;
- politiques permettant d'assurer un service de santé efficace (p.ex., planification d'urgence, plan antisinistre, compatibilité entre les systèmes, etc.)

On demandera éventuellement au Groupe de travail sur la télémédecine de discuter de la nécessité d'élaborer des politiques ou des règlements provinciaux et de donner des conseils sur des questions comme la coordination des différentes initiatives de télémédecine.

Réalisations attendues

Le Groupe de travail sur la télémédecine formulera des recommandations portant sur ce qui suit :

- composantes du service;
- critères concernant les protocoles ou algorithmes;
- nécessité d'adopter des normes de télémédecine et contenu de ces normes;
- politiques ou règlements du service de télémédecine.

Échéancier

De novembre 1998 à février 1999.

Présidence

Le groupe de travail sera présidé par Mary Beth Valentine, directrice, Direction des politiques relatives aux programmes, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Composition

Le groupe de travail sera composé de fournisseurs de soins de santé s'intéressant particulièrement à la télémédecine ou dotés de connaissances en la matière. Ils ne siégeront pas en tant que représentantes ou représentants d'un organisme ou d'un établissement donné; on les choisira plutôt en fonction de leurs compétences diverses, tout en incluant une représentation des professions infirmière et médicale.

▲ HAUT

Annexe III

Définitions

TAUX D'ABANDON :

Il s'agit du pourcentage d'appels d'un réseau de communication ou d'un système téléphonique (c'est-à-dire un système de distribution automatique d'appels d'un centre d'appel) auxquels les appelants mettent fin avant qu'un membre du personnel ne réponde à leurs appels.

ALGORITHME :

Il s'agit de questions cliniques écrites ayant recours à une logique séquentielle (organigramme). Ce terme est interchangeable avec lignes directrices ou protocole. Les algorithmes précisent les mesures à suivre compte tenu de circonstances ou de caractéristiques particulières. Certains algorithmes incluent également certaines phases du processus de prise de décision nécessitant des discussions entre les médecins ou d'autres fournisseurs de soins et les patients ou leurs familles. Ces discussions portent sur le choix d'options. Les algorithmes reposent sur la capacité du personnel infirmier d'analyser et d'interpréter les réponses données par les patientes et les patients aux questions cliniques. (Voir **lignes directrices, protocole**)

DÉLAI MOYEN DE RÉPONSE :

Le délai moyen d'attente dans la file d'appel d'un centre d'appel, exprimé en secondes, avant qu'un membre du personnel ne réponde à l'appel.

TAUX DE BLOCAGE :

Le pourcentage d'appels téléphoniques « bloqués » ou non terminés en raison de la non-disponibilité

de la capacité de commutation ou de transmission, comparé au nombre total d'appels. Les appels bloqués se produisent surtout en périodes de pointe; les appelants entendent le signal occupé.

GESTION DES MALADIES :

Il s'agit de programmes établis par des organismes de soins de santé, d'habitude pour des maladies chroniques; ces programmes offrent des services d'évaluation des patientes et patients et des services d'éducation, de counselling et de contrôle de la conformité. Ils visent à améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie liée à la santé tout en maximisant l'utilisation des ressources médicales.

LIGNES DIRECTRICES :

Les lignes directrices sont parfois considérées comme une description plus circonstanciée des phases d'évaluation incluant des documents d'éducation et de counselling pour aider le personnel infirmier à répondre aux appels. On utilise souvent ce terme de façon interchangeable avec algorithme et protocole. (Voir **algorithme** et **protocole**).

PROTOCOLE :

On utilise souvent ce terme de façon interchangeable avec algorithme et lignes directrices. Il s'agit des soins continus en cas de problème de grande envergure ou de la gestion continue de ce problème. Le protocole porte sur six domaines :

- évaluation/collecte des données/entrevue avec l'appelant(e);
- classification/détermination de l'acuité;
- nature/type/portée des conseils/intervention/conseils aux appelants;
- renseignements/éducation des appelants;
- validation de la compréhension des patients/contrat verbal;
- évaluation/suivi/efficacité des conseils ou de l'intervention.

Les protocoles régissent le processus de consultation, de triage, d'éducation et de counselling; ils permettent d'organiser des volumes importants de renseignements vitaux dans l'ordre de priorité. Ils aident à comprendre les rapports entre les données et poussent à envisager tous les choix possibles ou probables en matière de décision. Ils orientent la prise de décision reposant sur les données. Grâce aux protocoles, algorithmes ou lignes directrices, on parvient à assurer ce qui suit : uniformité, exactitude, qualité, exhaustivité, facilité d'usage et (parfois) protection juridique. (Voir **algorithme, lignes directrices**).

TRIAGE :

Il s'agit de la classification des patientes et des patients dans l'ordre d'urgence clinique et de leur aiguillage vers des ressources de santé appropriées, compte tenu des outils de soutien à la prise de décisions cliniques.

▲ HAUT

Annexe IV

The American Accreditation Healthcare Commission/URAC
24-Hour Telephone Triage and Health Information Standards

Pour obtenir une copie de ces normes, veuillez vous adresser à :

The American Accreditation Health Care Commission/URAC

1275 K Street, N.W.
Suite 1100
Washington, D.C. 20005
U.S.A.

Tél. : (202) 216-9010
Téléc. : (202) 216-9006
Courriel : www.urac.org

▲ HAUT

Annexe V

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Normes sur les soins infirmiers téléphoniques à l'intention des infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers auxiliaires en Ontario

Pour obtenir une copie de ces normes, veuillez vous adresser à :

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
101 Davenport Road
Toronto, Ontario
M5R 3P1
Canada

Tél.: 416-928-0900 ou 1-800-387-5526
Courriel : www.cno.org ou
E-mail : cno@cnomail.org

▲ HAUT

Annexe VI

American Academy of Ambulatory Care Nursing
Telephone Nursing Practice Administration and Practice Standards

Pour obtenir une copie de ces normes, veuillez vous adresser à :

The American Academy of Ambulatory Care Nursing
East Holly Avenue
Box 56
Pitman, NJ O8071-0056
U.S.A.

Tél. : (856) 256-2350
Téléc. : (856) 589-7463
Courriel : aaacn@ajj.com

▲ HAUT

Annexe VII

Services de télémédecine 1 800 - Composantes, critères et normes: Bibliographie
Pour obtenir une copie (disponible en anglais seulement), veuillez vous adresser à :

Derek Bignell
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Télé. : 416-327-8540
Téléc. : 416-327-8879
Courriel : Derek.Bignell@ moh.gov.on.ca

| retour à l'index des publications |

| site principal | commentaires | recherche | plan du site | english |
| accueil | publications | liens santé | annuaire téléphonique |

Ontario
Ce site est mis à jour par le gouvernement de l'Ontario, Canada

© 2001, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario | Dernière modification : 01/03/2002 10:05:06